

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**ASERTIVIDAD Y ESTILOS COGNITIVOS DE INTERACCIÓN
SOCIAL EN EL PERSONAL TÉCNICO EN ENFERMERÍA DE UN
HOSPITAL ESTATAL CATEGORÍA II-2 DE CHICLAYO, SETIEMBRE
– DICIEMBRE 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

VICENTA ANAYS GUEVARA PEÑA

ASESOR

NELLY PATRICIA BECERRA ESCATE

<https://orcid.org/0000-0002-5933-0843>

Chiclayo, 2021

**ASERTIVIDAD Y ESTILOS COGNITIVOS DE
INTERACCIÓN SOCIAL EN EL PERSONAL TÉCNICO EN
ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL ESTATAL CATEGORÍA
II-2 DE CHICLAYO, SETIEMBRE - DICIEMBRE 2019**

PRESENTADA POR:

VICENTA ANAYS GUEVARA PEÑA

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar por el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

APROBADA POR:

Rosa María del Carmen Guerra Fernández
PRESIDENTE

Fiorella Eliana Soza Carrillo
SECRETARIO

Nelly Patricia Becerra Escate
VOCAL

Dedicatoria

Dedico este documento a las personas que formaron parte de mi vida personal y académica, que dejaron un gran mensaje en mi memoria, que me educaron desde el interior y que continúan compartiendo hasta el día de hoy su conocimiento y experiencia desde las aulas, hoy momentáneamente virtuales.

Agradecimiento

Quiero comenzar dando gracias a Dios, que en Su Grandeza hace todas las cosas posibles.

A mis padres, que me inculcaron los valores necesarios para afrontar la vida.

A mi familia, que a lo largo de los años fue testigo de mi crecimiento y me brindó su apoyo en los momentos buenos y malos.

A mi asesora, que escuchó y respondió con paciencia cada mensaje e idea, dando respuesta a las frecuentemente surgidas dudas y orientándome en la etapa final del proceso de formación académica.

Y a mis docentes, que además de su exigencia y gran calidad de enseñanza, se convirtieron en admirables referentes de nuestra profesión.

Índice

Resumen	6
Abstract	7
I. Introducción	8
II. Marco Teórico	11
Antecedentes	11
Bases teóricas	14
Dimensiones de asertividad.	15
Modelo Cognitivo Conductual Integrado de García y Magaz.	15
Estilos cognitivos de interacción social.	16
Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales en general - ADCA-1.	18
III. Métodos	19
Diseño y tipo de investigación	19
Población	19
Muestra.	19
Criterios de selección.	19
Procedimiento	19
Instrumentos	20
Aspectos éticos	21
Procesamiento y análisis de datos	22
IV. Resultados y Discusión	23
V. Conclusiones	41
VI. Recomendaciones	42
VII. Referencias	43
VIII. Anexos	47

RESUMEN

Asertividad constituye una cualidad adquirida mediante procesos de aprendizaje que comprende conductas sociales de respeto hacia uno mismo y los demás. En el personal técnico en enfermería, un comportamiento poco asertivo impacta de manera individual y colectiva, afectando las interacciones entre el personal y usuarios de servicios de salud. Esta investigación tuvo como objetivo determinar niveles de asertividad y estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería de un Hospital estatal de Chiclayo, setiembre a diciembre 2019. Posee un diseño no experimental descriptivo, desarrollado en una población de 102 técnicos en enfermería de un hospital estatal, empleándose el Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales en general - ADCA-1 de García y Magaz, actualizado en 2011, del cual se obtuvo validez de sus dimensiones con coeficientes de ,232 a ,757 en Auto-asertividad y de ,385 a ,793 en Hetero-asertividad, así como confiabilidad con coeficientes alfa de Cronbach ,878 y ,887, respectivamente; además, se empleó una ficha sociodemográfica. Se encontró con mayor frecuencia el estilo cognitivo de interacción social Pasivo-agresivo (37%) sin llegar a ser dominante, y bajos niveles de asertividad según variables sexo, edad, estado civil y área de servicios. Así mismo, no se encontró fuerza de relación entre las dimensiones de asertividad y las variables edad y tiempo de trabajo, y en cuanto a factores sociodemográficos, la mayoría del personal técnico en enfermería está integrado por mujeres, nombradas y con más de 7 años de experiencia, que laboran en los tres turnos de atención.

Palabras clave: Asertividad, Auto-asertividad, Hetero-asertividad, estilos cognitivos de interacción social, personal técnico en enfermería, personal de salud.

ABSTRACT

Assertiveness constitutes an acquired quality through learning process that comprise social behaviors of self-respect and to the others. The nursery technical staff, a less assertiveness behavior impacts in an individual and a collective way, affecting the interaction between staff and health service users. This investigation had as objective determinate assertiveness levels and cognitive styles of social interaction in the nursery technical staff in a statal Hospital of Chiclayo, September to December 2019. It had a non-experimental descriptive design, developed in a population of 102 nursing technicians from a state Hospital, using the self-report of Attitudes and Values in Social Interactions in general – ADCA-1 by García & Magaz updated in 2011, which the dimensions validity was obtained with coefficients from 232 to 757 in Self-Assertive and from 385 to 793 in Hetero-Assertive, as well as the reliability with Cronbach's alpha coefficients 878 and 887, respectively, also a sociodemographic file was used. A higher frequent was found in the cognitive style of Passive-Aggressive social interaction (37%) without becoming dominant and lows assertive levels according to variable sex, civil state and service areas. Likewise, a relationship strength between the dimensions of assertive and the variables age and working time was not found, regarding sociodemographic factors, the most of the nursery technical staff is integrated by woman, appointed and with more than 7 years of experience who work in the three shifts of attention.

Keywords: Assertive, Self-Assertive, Hetero-Assertive, cognitive styles of social interaction, Nursery technical staff, health staff

I. INTRODUCCIÓN

Los contextos en que las personas se desenvuelven de manera cotidiana exigen disponer de cualidades interpersonales, y suponen un modo adecuado de relacionarse socialmente mediante la capacidad de expresar ideas, sentimientos, actitudes y deseos, acorde a las situaciones sociales, atendiendo a las características de las personas con que se interactúa, el contexto y la forma de comunicación, respetando los propios valores sin negar los de los demás (Caldón, 2013). Estas formas de relacionarse se corresponden a tres estilos de conducta; agresividad, sumisión o pasividad, y asertividad; siendo los primeros, formas no asertivas del comportamiento que involucran baja autoestima e inseguridad; y el último, que implica autoestima que permite establecer y mantener relaciones sociales sanas (Castanyer & Ortega, 2013).

Las conductas propias de un estilo de interacción social dependen de factores biológicos, hereditarios y ambientales, involucrando respuestas externas e internas, cognitivas y afectivas. Por ejemplo, el trabajo es un contexto en que las personas piensan y sienten de manera distinta, y actúan en función de ello, demandándoles adaptación y manejo de las diferencias individuales y colectivas (Castanyer, 2010).

En el sector salud, los profesionales se interrelacionan constantemente entre ellos, así como con los pacientes y familiares de estos y, de estas relaciones suelen derivarse situaciones angustiantes o conflictivas (Cañón-Montañez & Rodríguez-Acelas, 2011), que se contrarrestan con dominio propio y competencias socioemocionales, cuyo adecuado desarrollo contribuiría a crear un entorno laboral favorable y facilitaría la resolución de conflictos (Otero, Urrecheaga & Orasma, 2018).

El personal técnico en enfermería que integra el equipo interdisciplinario de la salud interactúa con mayor frecuencia tanto con compañeros de trabajo como con los usuarios de los servicios de salud; mediante la atención y ejecución de actividades asistenciales que involucran procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; así como el cuidado de la persona, la familia y la comunidad (Art. 2, Ley N° 28561 del Gobierno del Perú, Diario El Peruano, 2012; Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, 2017).

El trato que ofrezca, por tanto, resulta crucial en la eficacia y calidad de atención, dado que un trato conflictivo repercute gravemente en estos aspectos, generando malestar y un ambiente donde predomina la búsqueda de intereses propios sin contar con los intereses, opiniones, sentimientos e incluso, derechos de los demás (Alarcón, Cervantes, Domínguez,

Hernández y Velásquez, 2003). De ahí que el comportamiento asertivo sea considerado competencia fundamental en la labor de estos profesionales (Ministerio de Salud del Perú, 2009).

En los servicios y programas de los establecimientos de salud, el personal técnico en enfermería presta atención permanente a las demandas de personas con diversas condiciones de salud física y mental, acorde a las políticas de la institución, situaciones en la que es frecuente lidiar con el estado emocional de los pacientes o familiares de estos, algunos mostrándose ante ello, receptivos y colaboradores, mientras que otros, reacios a seguir las indicaciones comunicadas por dicho personal. No obstante, también ocurren situaciones contrarias, como el evidenciado por la investigación que mostró las quejas por parte de pacientes de un hospital de Lambayeque sobre el trato recibido del personal de salud, los cuales a su vez indicaron que entre sus colegas surgen complicaciones que generan dificultades en la dinámica de trabajo en equipo (Gómez & Ruíz, 2015).

En este sentido, un comportamiento escasamente asertivo impacta de manera individual y colectiva, extendiéndose a todo el ambiente laboral como en este caso, siendo un factor generador de respuestas conflictivas o de ansiedad en alguna o ambas partes (Castanyer, 2010). Por tanto, en ocasiones el contexto en que laboran estos profesionales presenta situaciones que desafían su capacidad para mantener un trato saludable, pudiendo exhibir actitudes de indiferencia, evitación, agresión o respuestas de estrés y ansiedad, lo cual deriva en un ambiente poco favorable para establecer el diálogo.

La experiencia más cercana es narrada por la Jefa de Personal Técnico en Enfermería del hospital en estudio, quien refiere que “siempre han existido problemas, sobre todo a nivel de comunicación entre los pacientes y el personal técnico. Algunos pacientes exigen atención inmediata cuando el personal se encuentra ocupado o a veces el médico no llega temprano y los pacientes “se desesperan” y, en ocasiones, los pacientes piden citas adicionales en especialidades en las que no se permite, e insisten o se quejan. Normalmente se escuchan quejas de pacientes que informan haber recibido un trato no adecuado y, en algunos casos, se ha separado o llamado la atención al personal que no muestra tolerancia y respeto al paciente” (comunicación personal, 09 de setiembre, 2019).

Considerando lo anteriormente expuesto, se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los niveles de asertividad y estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería de un Hospital Estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre - diciembre 2019?

El objetivo general de esta investigación es determinar los niveles de las dimensiones de asertividad y estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería de

un Hospital Estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre - diciembre 2019. Así mismo, se establecieron como objetivos específicos; identificar el estilo cognitivo de interacción social dominante, determinar los niveles de las dimensiones de asertividad y estilos cognitivos de interacción social según sexo, edad, estado civil y servicio; determinar la fuerza de relación entre las dimensiones de asertividad con los factores edad y tiempo de trabajo; y, describir los datos sociodemográficos que caracterizan al personal técnico en enfermería de un Hospital Estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre - diciembre 2019.

La importancia del estudio radica en la valoración de la conducta asertiva, a través de ciertas actitudes y valores que explican el comportamiento humano en las relaciones sociales, mismo que incluye una variedad de conductas que involucran la totalidad de los seres humanos, dado que manifiestan conductas externas e internas, mediante procesos cognitivos, afectivos y conductuales.

La relevancia social de la investigación se fundamenta en la cualidad asistencial del personal técnico en enfermería, quienes integran la red interdisciplinaria de profesionales de la salud, encargados de ofrecer la atención primaria en los servicios de salud. Así mismo, dada la complejidad la variable, estudios de esta naturaleza constituyen una base de conocimiento para la mejora de las relaciones interpersonales de dichos profesionales, permitiendo evaluar, además, posibles relaciones entre esta y el desarrollo de problemas psicológicos en dicha población.

Por otro lado, se pretende la identificación de características interpersonales del personal técnico en enfermería, que permitan facilitar el desarrollo y aplicación de estrategias para fomentar actitudes asertivas con el propósito de optimizar sus relaciones en este contexto, contribuyendo mediante este aporte a la mejora de la identidad y compromiso institucional. Por tanto, esta temática podría ser incluida actividades de capacitación e intervención grupal e individual, contando con el apoyo y coordinación con el personal de psicología clínica y organizacional del establecimiento de salud.

II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Un estudio sobre la relación entre la comunicación asertiva y el desempeño laboral de 50 enfermeras de un hospital estatal nivel II-1 de Trujillo, mediante la aplicación de la Escala de Comunicación Asertiva de Pradelli y Esqueda, y la Escala de Evaluación del Desempeño Laboral de Soria, encontró un nivel alto de comunicación asertiva en 58% de enfermeras, 34% con nivel regular, y 8% de enfermeras con un nivel bajo; mientras que en cuanto a su desempeño laboral encontró 52% con nivel alto, 36% con nivel regular y 12% de enfermeras con nivel bajo; evidenciando relación significativa entre los niveles de ambas variables en las enfermeras que laboran en dicho hospital (Arana & Aranda, 2019).

Otro estudio realizado en Trujillo, cuyo fin fue determinar la relación entre la comunicación asertiva y el desempeño laboral de 60 trabajadores del Hospital I Pacasmayo mediante la aplicación del Cuestionario de Comunicación Asertiva de Berrocal, encontró comunicación asertiva respecto de algunas variables de desempeño laboral; por ejemplo 97% de los trabajadores presentaron asertividad, desempeño laboral y relaciones interpersonales óptimas; 95% tuvo asertividad sumado a orientación de resultados, calidad de desempeño laboral y trabajo en equipo óptimo; y 83% de los trabajadores mostró asertividad en la comunicación, además de iniciativa óptima. En estos datos también se muestra que, a mejor comunicación asertiva, se evidencia mejor desarrollo de dichas variables en los trabajadores del hospital (Bernaola, 2019).

En Lima, una investigación sobre la comunicación asertiva y relaciones interpersonales en 25 profesionales de enfermería que laboraban en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del Instituto Nacional de Salud del Niño, encontró que 32% de las enfermeras presentaba un tipo de comunicación no asertiva relacionado a relaciones interpersonales inadecuadas, mientras que 24% de estas evidenció una comunicación asertiva junto a relaciones interpersonales adecuadas. Según dimensiones de comunicación asertiva, 56% de enfermeras muestra claridad en algunas ocasiones, 60% presenta a veces un tono de voz adecuado y 44% evidencia a veces expresión de opiniones y sentimientos; por otro lado, según dimensiones de relaciones interpersonales, 53% de enfermeras presenta en ocasiones empatía, 50% manifiesta confianza a veces y 45% evidencia respeto mutuo, de igual manera, en algunas ocasiones (Atuncar, 2020).

Un estudio realizado en Lima sobre el nivel de comunicación asertiva y desempeño laboral de las enfermeras en el servicio de Infectología y Neumología del Instituto de Salud del Niño, encontró que el mayor porcentaje de enfermeras contaban con un nivel bajo de

comunicación asertiva (50%), mientras que 30% presentó un nivel medio y 20% un nivel bajo de comunicación asertiva (Egúsquiza, como se citó en Arana & Aranda, 2019).

Otra investigación realizada en Lima sobre la relación entre dimensiones de asertividad y compromiso organizacional en 85 trabajadores miembros del personal de salud de un centro materno-infantil, mediante el Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales- ADCA-1 de García y Magaz; y la Escala de Compromiso Organizacional de Meyer y Allen, encontró que 37% de los trabajadores presentaron un nivel alto de asertividad; 34%, un nivel medio; y 29%, un nivel bajo de asertividad. Así mismo, halló en relación con compromiso organizacional, 33% del personal con niveles altos de Auto-asertividad; 17%, niveles medios; y 27% niveles bajos de tal dimensión; mientras que 14% presentaba niveles altos de Hetero-asertividad; 26%, niveles medios; y 22% niveles bajos de tal dimensión (Sánchez, 2018).

En Ica, una investigación en torno a las características de la comunicación enfermera-paciente y satisfacción con el cuidado de enfermería en el servicio de Cirugía especialidades de un hospital regional nivel II, encontró según percepción de los pacientes hospitalizados, que la comunicación de las enfermeras hacía los mismos fue poco asertiva en 77,40%, asertiva en 16,10% y no asertiva en 6,50% de casos; así mismo, la comunicación verbal enfermera-paciente se evaluó poco asertiva en 58,10%, asertiva en 22,50% y no asertiva en 19,40% de casos; en cuanto a comunicación no verbal, percibieron poca asertividad en 64,50%, asertividad en 19,40% y no asertividad en 16,10% de casos. Por otro lado, la satisfacción con el cuidado de enfermería percibida por los pacientes fue media en 64,50%, alta en 19,40% y baja en 16,10% de casos; según accesibilidad, fue media en 58,10%, baja en 25,80% y alta en 16,10% de casos; según trato, fue media en 64,50%, baja en 19,40% y alta en 16,10% de casos; y, según confort, fue media en 64,50%, alta en 19,40% y baja en 16,10% de casos (Palacios, 2018).

Un estudio sobre la relación entre entorno laboral y asertividad en un hospital estatal de nivel III de Arequipa, a través de la Escala de Entorno de Práctica Enfermera del Nursing Word Index (PES-NWI) y el Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales-ADCA-1 de García y Magaz, encontró diferencias en los niveles de asertividad de 60 enfermeras asistenciales de los servicios de Medicina y Cirugía; 62% de ellas presentó asertividad alta; 22% asertividad media; y 16% asertividad baja; revelando además que la asertividad alta predomina tanto para los servicios de Medicina Varones (10%) y Medicina Mujeres (17%); como en Cirugía Varones (18%) y Cirugía Mujeres (17%), considerándose también variables demográficas como edad, estado civil, tipo de contrato y tiempo de servicio (Velazco & Zeballos, 2016).

En Brasil, una investigación-intervención realizada en un hospital universitario público del sur del país, analizó y describió el proceso de introducción de una intervención educativa para el mejoramiento de las habilidades sociales consideradas deficientes en la gestión de la atención, mediante entrevistas a 11 enfermeras y con participación de 20 en encuentros educativos, encontrando deficiencia de habilidades sociales, incluyendo la asertividad, puesto que manifestaban dificultades para expresar enojo o disgusto, disculparse y admitir fracasos, así como lidiar con las críticas. Al final del proceso se evidenciaron intenciones de mejora en dicha habilidad, manifestada en control de impulsividad y manejo de actitudes pasivas (Montezeli, Haddad, Garanhani & Peres, 2019).

Un análisis cualitativo de la comunicación asertiva en la relación interpersonal de 15 enfermeros técnicos al cuidado de pacientes con diabetes del área de Medicina Interna de un hospital de Guayaquil (Ecuador), registró actitudes asertivas en parte del personal, evidenciando en este el desarrollo de respuestas constructivas hacia las necesidades e inquietudes de los pacientes con diabetes incluso frente a pacientes con poco manejo emocional y reacios a seguir indicaciones, no obstante, se observaron actitudes poco asertivas y respuestas hostiles por parte de algunos miembros del personal, que afectaron la calidad de atención, así como el bienestar emocional y compromiso del paciente para con su tratamiento. En los primeros casos se consideró factor terapéutico a la relación interpersonal enfermero-paciente, al brindar escucha, atención y trato respetuoso, generando empatía y formando alianzas terapéuticas con los familiares (Crofford & Castillo, 2018).

Un estudio de análisis sobre la asertividad y su relación con problemas emocionales y desgaste en 315 profesionales sanitarios; médicos, enfermeras y celadores/conductores de centros de cuidados críticos y urgencias de Granada (España), mediante Inventarios de aserción (Gambrill y Richey), ansiedad y depresión (II) (Beck) y burnout (Maslach), encontró no asertividad en 17,7% del personal; 16,6% experimentaba ansiedad en situaciones sociales, 12,8% presentaba síntomas depresivos y 11,7% síntomas de ansiedad. No se evidenció diferencias en asertividad según sexo y edad; pero sí relación con problemas emocionales como ansiedad social, cuyo 10,0% de variación en su frecuencia es explicada por falta de asertividad; agotamiento emocional (1,6%) y falta de realización personal en el trabajo (4,4%). Por tanto, los profesionales no asertivos tenían 5,7 veces más riesgo de sufrir ansiedad social, 3,6 veces más riesgo de no sentirse realizados en el trabajo y 2.0 veces más riesgo de sufrir agotamiento emocional (Salazar, Roldán, Garrido & Ramos-Navas, 2014).

En una investigación observacional realizada en Colombia, mediante la aplicación del Inventario de Asertividad de Rathus en 225 estudiantes universitarios de escuelas de

Enfermería y Fisioterapia de una Universidad Industrial, cuyas edades presentaron una media de 21 años y desviación estándar de 2.87, se encontró que el puntaje promedio de asertividad fue mayor en los estudiantes de Fisioterapia (13,64). Asimismo, se determinó que conforme aumenta la edad, por cada año en 0,04 aumenta la asertividad indirecta, que implica no enfrentarse directamente con la persona o situación de conflicto, a la vez que se acentúa en el sexo masculino; y disminuye significativamente la no asertividad ($p=0.004$), es decir, la dificultad para expresar deseos, opiniones y sentimientos (Cañón-Montañez & Rodríguez-Acelas, 2011).

En México, una investigación sobre el nivel de asertividad en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención, mediante aplicación del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey a una muestra de 142 enfermeras, identificó mayor grado de incomodidad principalmente en áreas relacionadas a la vida cotidiana y el aspecto laboral, siendo la situación de mayor incomodidad “renunciar a su trabajo” (57%) y las de menor incomodidad, discutir y conversar con una persona en desacuerdo con la propia opinión (31%). Así mismo, se encontró con mayor frecuencia un nivel Ansioso de interacción (50.7%), seguido del nivel Asertivo (23.2%), un nivel Indiferente en alrededor de la quinta parte de la muestra (21.2%) y un menor nivel No asertivo (4.9%); siendo más frecuente el nivel No asertivo (76.8%) que el Asertivo, en el personal de enfermería (Moreno, Salinas & Silva, 2010).

Otro estudio desarrollado en México evaluó la conducta asertiva y no asertiva en 57 enfermeras jefes de piso (gerentes) de un hospital estatal de la Ciudad de México, mediante la aplicación del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, cuyo mayor número de enfermeras laboraban en turno nocturno (42,1%), con un promedio de edad de 42.5 años, siendo 58% casadas, 37% solteras y 5% divorciadas; 65% con un nivel de estudios técnico y 35% superior a este. Se encontró 28,1% de enfermeras con un grado de incomodidad (GI) bajo ante situaciones sociales y una probabilidad de respuesta asertiva (PR) de 49,1%; y al realizar el cruce de ambos para determinar los grupos propuestos por el inventario, se encontró que 50,9% de enfermeras jefes de piso presentaban GI y PR promedio. Así mismo, al analizar la variable con edad y estado civil, se evidenció mayor déficit conductual en las enfermeras de 37-50 años (30,08%), así como en aquellas que se encontraban casadas (26,31%), no obstante, estas también presentaban mayor nivel de asertividad (24,56%) (Alarcón et al. 2003).

Bases teóricas

Históricamente, el constructo “asertividad” fue propuesto y definido por Wolpe (1958) como “la expresión abierta de amistad, afecto y otros sentimientos no ansiosos” (Alonso, Cantero & González, s.f.); y posteriormente fue estudiado por Alberti y Emmons (1970),

quienes refieren que es un comportamiento que fomenta la igualdad en las relaciones sociales, facilitando la defensa de los propios intereses, la regulación de la ansiedad y la expresión de los sentimientos (García & Magaz, 2011).

Por tanto, según García y Magaz (2011), la asertividad definiría a una clase de conductas sociales que constituyen una actitud de respeto hacia uno mismo y hacia las personas con que se interactúa. Estos autores proponen que “la conducta asertiva se fundamenta en un conjunto de valores, adquiridos mediante aprendizaje social” (p. 12), que predisponen cognitivamente a actuar de un modo determinado en distintos contextos. Tales predisposiciones cognitivas constituyen las actitudes que se muestran frente a las interacciones sociales.

La definición de asertividad proporcionada por Alberti y Emmons considera efectos de la conducta asertiva sobre uno mismo y en los demás, ante lo cual formularon dos constructos que permiten describirla (García & Magaz, 2011).

Dimensiones de asertividad.

Siguiendo los lineamientos de la definición de Alberti y Emmons, según García y Magaz (2011) no es posible medir asertividad de manera general si no se cuenta con la valoración del comportamiento asertivo, tanto en relación a uno mismo, como en relación a los demás, por lo que se plantean dos nuevos sub constructos o dimensiones de asertividad.

Auto-asertividad. Es un tipo de comportamiento o conducta asertiva manifestada como un acto de expresión honesta y directa de los propios sentimientos; así como una actitud de respeto y consideración hacia los propios valores, gustos, deseos y preferencias.

Hetero-asertividad. Es el tipo de comportamiento o conducta asertiva manifestada como un acto de consideración y respeto hacia la expresión honesta y directa de los sentimientos, valores, gustos deseos y preferencias de los demás.

Modelo Cognitivo Conductual Integrado de García y Magaz.

En 1992, García y Magaz plantearon un modelo capaz de explicar las interacciones sociales en términos cognitivos y conductuales, integrando la propuesta de Alberti y Emmons (1970); y posteriormente de Epstein y DeGiovanni (1978) sobre asertividad.

Alberti y Emmons refieren que la asertividad permite actuar de modo que se persigan los intereses más importantes, expresando los sentimientos sin ansiedad y ejerciendo los derechos personales sin negar los de los demás (Sánchez & Ospina, s.f.). En relación a esto, propusieron dos aspectos de los efectos del comportamiento asertivo hacia uno mismo y hacia los demás, lo cual conllevó establecer tales sub-constructos o dimensiones denominados “auto-asertividad” y “hetero-asertividad”.

Posteriormente, los modelos propuestos por Epstein y DeGiovanni incluyen la elaboración de escalas específicas para la evaluación de los estilos de interacción social organizadas en cuatro categorías definidas como estilo pasivo, estilo agresivo, estilo asertivo y estilo pasivo-agresivo (García & Magaz, 2011).

Este modelo integrado desarrollado por García y Magaz, explica que la percepción de un estímulo (contexto antecedente) provoca una respuesta o reacción emocional involuntaria y de manera inmediata, cuya naturaleza puede variar, resultando incondicionada (RI1) si se produce ante un estímulo incondicionado (EI), de orientación (R.O.) ante un estímulo neutro, o condicionada (RC1) frente a un estímulo condicionado (EC).

De modo simultáneo, la percepción de las características del entorno (Ea1) induce la presentación de una respuesta cognitiva (Rc1a), cuya constitución comprende, de manera secuencial; la identificación de la situación, la valoración de la misma en términos de deseabilidad o indeseabilidad, la producción de alternativas de respuesta instrumental, la anticipación hacia posibles consecuencias a corto y largo plazo de cada alternativa, tanto para el emisor como para el receptor de la respuesta instrumental, y por último, la elección de una respuesta a ejecutar (García & Magaz, 2011).

Por otra parte, los autores sostienen que la percepción de las respuestas fisiológicas propias de la emoción actúa también como estímulo modulador de la percepción del contexto (Ea2), de modo que en la respuesta cognitiva antes descrita intervienen factores tanto del estímulo externo, así como la intensidad y la naturaleza de la reacción emocional generada.

De este modo, la “valoración” que realiza el sujeto modula la intensidad y naturaleza de dicha emoción; y estas, modulan la elección de la alternativa y su ejecución. Por tanto, en esta alternativa transformada en respuesta instrumental en la interacción social, influyen las características del entorno, la emoción asociada al mismo y el sistema de valores, actitudes y demás destrezas cognitivas del individuo. García y Magaz (2011) refieren que las consecuencias obtenidas en cada interacción social son almacenadas en la memoria experiencial, influyendo posteriormente en circunstancias similares en la elección de una respuesta, aumentando la probabilidad de su aparición y estableciendo así un patrón o estilo de interacción en situaciones sociales.

Estilos cognitivos de interacción social.

Los estilos cognitivos se entienden como formas de procesamiento de la información referente a determinadas situaciones, problemas o actividades, y a la expresión de respuestas cognitivas como pensamientos, atribuciones, valores, entre otras, manifestadas conductualmente en forma de actitudes, asociadas a las interacciones sociales (Pain, como se

citó en Berrios & Carbone, 2018; Mughal, Busari, Qasim et al., como se citó en Rivera, Velásquez & Sánchez, 2019).

Según García y Magaz (2011), el comportamiento asertivo se determina mediante una clasificación de la auto-asertividad y la hetero-asertividad en estilos habituales de interacción social agrupados en cuatro categorías.

Estilo pasivo.

La pasividad constituye un “estilo de interacción caracterizado por una elevada heteroasertividad y una escasa autoasertividad” (García y Magaz, 2011, p. 14), utilizado mayormente por las personas con rasgos de inseguridad, baja autoestima y que no se consideran ni consideran sus propios sentimientos, pensamientos y derechos, pero que sí respetan los sentimientos, opiniones y derechos de los demás.

Parte de las consecuencias del mantenimiento de este comportamiento, se refleja en la cuando las personas “(...) van acumulando rabia y resentimiento, que con el tiempo, provocará arrebatos de agresividad” (Isorna, 2008, p. 39); lo cual puede conducir a la ofensa y/o maltrato hacia los demás; o por el contrario, a la evitación del asunto, asignando la responsabilidad al otro, lo cual permite un alivio momentáneo de la ansiedad, sin embargo mantiene las conductas de evitación y huida a los conflictos (Goroskieta, s.f.).

Estilo agresivo.

El estilo de interacción agresivo se caracteriza por la prevalencia de auto-asertividad sobre la hetero-asertividad y suele encontrarse habitualmente en personas con creencias de superioridad, que implican indiferencia ante los sentimientos de los demás, el menosprecio de sus opiniones y, en ocasiones, la transgresión de sus derechos, generando conflictos en las relaciones interpersonales (García & Magaz, 2011). Consecuencia de esta conducta en los demás, son los sentimientos de resentimiento y alejamiento, estableciéndose relaciones insuficientes y poco duraderas; mientras que “en el sujeto agresivo surgen sentimientos de culpa y tensiones en las relaciones sociales” (Goroskieta, s.f., p. 107), que le conducen a alejarse de los demás, evitando establecer mayor contacto en el futuro.

Estilo asertivo.

Un estilo asertivo de interacción social, a diferencia de los anteriores se caracteriza por “un equilibrio medio o alto entre su auto y hetero-asertividad” (García & Magaz, 2011, p. 14), es decir, comprende pensamientos, conductas y un manejo emocional que permite la actuación y expresión directa, honesta y respetuosa de los propios pensamientos, deseos, valores y derechos; así como el respeto hacia estos mismos aspectos en los demás. Suelen presentar este

estilo de interacción, las personas seguras de sí mismas, con adecuada autoestima, que se consideran y consideran a los demás, merecedores de respeto y consideración.

Estilo pasivo-agresivo.

El estilo pasivo-agresivo es un estilo de interacción que incluye tanto la auto-asertividad y la hetero-asertividad, en niveles bajos. Es un estilo que predomina en las personas que presentan dificultades tales como inseguridad, baja autoestima y que cuentan con escasa capacidad para considerarse a sí mismas y a los demás, tendiendo a acumular una profunda ira a causa de “las frecuentes experiencias de frustración personal y de agresión «sufridas» por parte de los demás” (p. 14).

Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales en general ADCA-1.

La variable asertividad es medida por el Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales ADCA-1, definida operacionalmente como un conjunto de actitudes y valores en las interacciones sociales que facilitan “... interactuar entre sí con un sistema de cogniciones asertivas, que puedan resultar moduladoras del comportamiento instrumental y emocional asertivo”, estas a su vez son evaluadas por ítems específicos de las sub-escalas que contiene; Auto-asertividad y Hetero-asertividad (García & Magaz, como se citó en Pain, 2008, p. 27).

Creado por García y Magaz en 1992, en base a su estudio en una muestra española de 6800 personas, de entre 12 y 50 años de edad, de ambos sexos, procedentes de contextos urbanos y rurales, y de varios niveles socioeconómicos, pertenecientes a 10 comunidades autónomas (Pain, 2008). Tal investigación junto al instrumento fue publicada como parte de un conjunto de escalas para identificar los estilos cognitivos de interacción social.

Años después, el mismo fue validado en Perú por Pain (2008), en una población de docentes tutores de instituciones educativas pertenecientes a diferentes regiones del país. Y posteriormente, en el año 2011 fue actualizada por los autores originales, tomando como base los resultados de las nuevas investigaciones a partir de su aplicación en diversos ámbitos, provenientes de los ámbitos clínico, educativo y pericial.

III. MÉTODOS

Diseño de investigación y tipo de estudio

No experimental, descriptivo.

Población

La población estuvo conformada por el personal técnico en enfermería de un hospital estatal de nivel II - categoría 2 de la ciudad de Chiclayo, integrado por colaboradores varones y mujeres procedentes de las áreas de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, cuyos horarios laborales se distribuyen en tres turnos rotativos, los cuales se encuentran laborando en dicho nosocomio bajo las modalidades de contrato administrativo de servicios (CAS), servicio por terceros (SNP) y nombramiento, siendo un total de 132 técnicos en enfermería.

Muestra.

Para la aplicación de la prueba piloto se estableció una muestra conformada por 30 técnicos en enfermería. En este sentido, no se requirieron técnicas para la selección de una muestra puesto que para efectos de la investigación se trabajó con el total de trabajadores que conforman el personal técnico en enfermería.

Criterios de selección.

Inclusión. Personal técnico en enfermería de los servicios hospitalarios que labora en áreas de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, en los tres turnos rotativos.

Exclusión. Personal técnico en enfermería imposibilitados de participar en la investigación por motivos de licencia por salud o vacaciones.

Eliminación. Personal técnico en enfermería que hayan marcado más de una alternativa en el instrumento y/o hayan dejado casilleros en blanco.

Procedimiento

Para la ejecución del proyecto de investigación previamente aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad patrocinadora (Ver Anexo B), se solicitó autorización mediante una carta dirigida al director del hospital. A partir de ello, se realizaron las coordinaciones respectivas con la Dirección de Personal del hospital y con los jefes de servicios de cada área, tanto de Consulta Externa como de Hospitalización y Emergencia, para la administración del instrumento en el personal técnico en enfermería, en horarios que no interfiriesen en sus actividades laborales.

Para la recolección de los datos del personal técnico en enfermería se utilizó una ficha sociodemográfica (Ver Anexo C) y se empleó la técnica de encuesta mediante el Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones sociales en general – ADCA-1 de García y Magaz (Ver Anexo D), mismo que previamente había sido informado sobre el estudio y su importancia

dada su participación. Este proceso de evaluación se realizó de manera individual en ambientes de los respectivos servicios y áreas, durante los turnos laborales del personal, mismos que contaron con adecuada ventilación e iluminación, lo cual favoreció la comprensión de las consignas y enunciados del instrumento, así como la adecuada resolución del mismo.

Para asegurar la efectividad de la investigación se realizó también el proceso de validez y confiabilidad del instrumento, aplicándose una prueba piloto a una muestra de 30 técnicos en enfermería del establecimiento de salud, seleccionados aleatoriamente, con el fin de constatar la pertinencia y consistencia del instrumento respecto a la evaluación de la variable. Así mismo, se efectuó el procedimiento de baremación del test, mediante el cual se establecieron los niveles a partir de los puntajes obtenidos por la población, correspondiente a 102 técnicos en enfermería.

La distribución de las edades del personal técnico en enfermería requerida para el estudio se secundó en la clasificación de etapas del desarrollo humano propuestas por Diane E. Papalia y Ruth Duskin Feldman (2013), prioritariamente en las etapas de adultez temprana (20 a 40 años) y adultez media (40 a 65 años), ampliando a esta última dos años más por cuestiones generacionales.

Instrumentos

El Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones sociales en general – ADCA-1, empleado para el desarrollo de esta investigación, es un Autoinforme de Conducta Asertiva creado en 1992 y actualizado en 2011 por los autores E. Manuel García Pérez y Angela Magaz Lago, conformado por 35 ítems que evalúan la variable asertividad mediante las dimensiones Auto-asertividad y Hetero-asertividad, cuyos ítems integran una serie de actitudes asertivas básicas. Cuenta con cuatro opciones de respuesta asignados a una escala Likert de 1 a 4 puntos, en que 1 equivale a “siempre o casi siempre” y 4 a “nunca o casi nunca”. Según el sistema de calificación del test, se asigna el valor de 1 a las respuestas en los casilleros donde se encuentran los puntajes 4 y 3 equivalentes a “nunca o casi nunca” y “a veces”, mientras que los puntajes 2 y 1, catalogados como “a menudo” y “siempre o casi siempre”, no se puntúan. La sumatoria de tales valores permite establecer el puntaje directo por dimensión, y según su distribución en los niveles de ambas dimensiones permiten conocer los estilos cognitivos de interacción social.

Según García y Magaz (2011), la fiabilidad del ADCA-1 se estableció mediante los procedimientos de test-retest, o consistencia temporal y el método de Kuder-Richardson o consistencia interna. El primer procedimiento fue realizado en una muestra de 724 sujetos españoles, 315 varones y 409 mujeres, con un rango de edad de 14 a 18 años, del cual se obtuvo

un coeficiente de correlación de 0.78 en la dimensión Auto-asertividad, y de 0.83 en Hetero-asertividad; con un nivel de significación de $p < 0.001$. Para el cálculo de consistencia interna se emplearon los datos de cuestionarios aplicados a estudiantes españoles de secundaria, de 12 a 18 años, universitarios de 20 a 25 años, y adultos de población general, obteniéndose en Auto-asertividad un índice de consistencia de 0.90 y, de 0.85 en Hetero-asertividad. Así mismo, resultó un coeficiente de correlación de 0.58 entre ambas sub-escalas.

Los resultados de estos procedimientos demostraron la integración de ambas sub-escalas en el constructo asertividad, así como la relativa independencia entre sí, lo cual impide manejar una puntuación global, dada la compensación de puntajes entre las sub-escalas y, por tanto, una interpretación correcta del significado de la misma (García & Magaz, 2011).

De igual manera, se empleó una ficha sociodemográfica a fin de establecer relaciones entre estos datos y los proporcionados por el instrumento, los cuales sirvieron para complementar los resultados de la investigación, así como para proporcionar mayor conocimiento sobre la población.

Aspectos éticos

La investigación, al igual que los instrumentos empleados en esta, contaron con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la universidad patrocinadora, garantizando el cumplimiento de los principios éticos establecidos en códigos. Esta fue sometida a un análisis mediante el programa anti plagio Turnitin, determinando aceptabilidad en la síntesis de información (24%) (Ver Anexo F). Se solicitó, además, el permiso correspondiente a la Dirección del centro hospitalario, obteniendo autorización inmediata para la recolección de datos.

Durante el desarrollo del estudio se veló por el respeto a la libertad individual y autonomía de las personas involucradas, comunicándoseles de manera pertinente aspectos fundamentales de la investigación, mediante una ficha de consentimiento informado (Ver Anexo E) en la que se detallan su importancia, fines, procedimientos y uso de la información; así como la inexistencia de riesgos o incentivos de cualquier índole por participación, enfatizando la importancia de la voluntariedad en la misma, sin obtener consecuencias negativas en caso de decisión de no formar parte de esta o manifestar su retiro voluntario de la misma.

Se resguardó la confidencialidad de la información solicitada a los participantes, tratándose esta de manera anónima y con fines exclusivos de investigación. Así mismo, de publicarse los resultados del estudio, se garantizó la no exposición a dominio público de datos que permitiesen el reconocimiento de la identidad de los participantes. Por otra parte, los datos

de la ficha sociodemográfica anexa al instrumento conllevaron únicamente favorecer el estudio de la variable, así como esclarecer ciertas características de la población relevantes para el estudio.

Procesamiento y análisis de datos

La información registrada en el instrumento, culminada la evaluación al personal técnico en enfermería, pasó a trasladarse y ordenarse según dimensiones en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel última versión, constituyendo la base de datos, misma que fue exportada como archivo CSV delimitado por comas, al software Jamovi última versión, en el que se estimaría la distribución de los datos mediante la aplicación de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

A continuación, se determinó la frecuencia de la variable asertividad y estilos cognitivos de interacción social según los factores sexo y edad, mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Y, la prueba no paramétrica de análisis de varianza t de Welch's para la estimación de la misma según los factores estado civil y servicio.

Con el fin de determinar los niveles de auto-asertividad y hetero-asertividad en el personal técnico en enfermería, se valoró la sumatoria de los puntajes directos obtenidos en ambas sub-escalas, convertidos a puntuaciones de 1 y 0, que se transformaron a frecuencias en porcentaje respecto del total. De acuerdo con los niveles establecidos por el instrumento para los porcentajes deseables en las sub-escalas, se determinan los estilos cognitivos de interacción social, clasificándose en estilo pasivo, agresivo, asertivo y pasivo-agresivo. El mismo procedimiento se realizó para determinar los niveles de asertividad y estilos cognitivos de interacción social, según los factores sexo, edad, estado civil y servicio.

Para determinar los baremos de la prueba, se trabajó con los datos recolectados de la evaluación a los 102 técnicos en enfermería que constituyeron la población. Para ello, se trabajó con los puntajes directos en ambas dimensiones, tanto en Auto-asertividad como en Hetero-asertividad, determinándose tres niveles por cada dimensión "Alto", "Medio" y "Bajo", con rangos distintos (Ver Anexo A), con lo cual se pudo obtener los niveles de asertividad de los técnicos en enfermería.

Además, se realizó un análisis específico entre las dimensiones de asertividad con la edad y tiempo de trabajo a través del coeficiente de Correlación de Spearman Brown, con el fin de establecer la fuerza de relación entre la variable y dichos factores. Y, para describir las características sociodemográficas del personal técnico en enfermería, se utilizó la función de análisis de varianza y distribución de frecuencias porcentuales. Los resultados del procesamiento estadístico se resumen en tablas y figuras.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Normalidad de los datos

Se determinó la distribución de los datos, a través de la aplicación de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, obteniéndose un valor $p = ,010$ para la dimensión Auto-asertividad; y $p = ,035$ para la dimensión Hetero-asertividad; indicando que los datos no siguen una distribución normal en ambas dimensiones, debido a que se encuentran por debajo del valor crítico ($p > ,05$), por lo que correspondió un procesamiento estadístico mediante el uso de pruebas no paramétricas.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

El análisis ítem-test, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, para determinar la validez del instrumento, obtuvo índices entre ,232 y ,757 en la dimensión Auto-asertividad, y en la dimensión Hetero-asertividad, índices entre ,385 y ,793; evidenciando correlación directa y, por tanto, validez al 95% de confianza en las dimensiones de asertividad.

El análisis de consistencia interna, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, arrojó coeficientes de ,878 y ,887 en Auto-asertividad y Hetero-asertividad, respectivamente; indicando la confiabilidad del instrumento al evaluar asertividad mediante estas dimensiones al estar por encima del valor mínimo establecido ($\alpha = 0,70$). Los resultados de estos procedimientos sugieren que el Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones sociales en general - ADCA-1 de García y Magaz, actualizado en 2011, presenta validez y confiabilidad para ser aplicado en la población en estudio.

Niveles de las dimensiones de asertividad en los técnicos en enfermería

En el personal técnico en enfermería, se encontraron niveles bajos de Auto-asertividad (55%) y Hetero asertividad (61%) (Ver Figura 1).

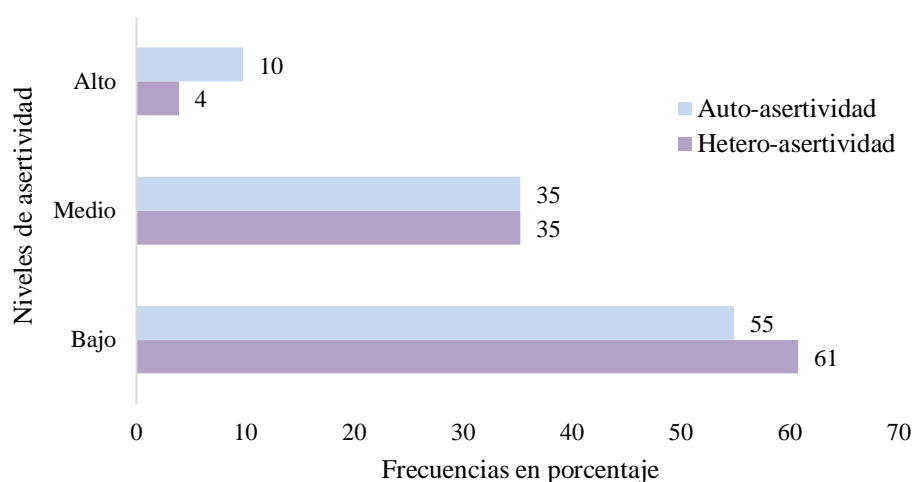


Figura 1. Niveles de las dimensiones de asertividad en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

En el estudio se encontró mayor frecuencia de personal técnico en enfermería del hospital estatal de categoría II-2 con niveles bajos de asertividad, tanto en lo que concierne a la dimensión Auto-asertividad como a Hetero-asertividad, lo que implica que estos profesionales presentan una falta o disminución de la capacidad para expresar abiertamente y de manera honesta y cordial sus opiniones, criterios y juicios, así como de respetar sus propios valores; considerando además los criterios, juicios y opiniones de otros, y validando sus derechos. García y Magaz (2011) sostienen que el comportamiento asertivo se sustenta en ambas cualidades, sin embargo, no se presenta en la mayoría de estos profesionales, por tanto, la carencia de estas llevaría a manifestar conductas no acordes a las situaciones presentes en el contexto de atención a las necesidades de los demás, de su entorno laboral.

En este sentido, con objeto de identificar la influencia del entorno laboral en los niveles de asertividad, Velazco y Zeballos (2016) detectaron ausencia de relación significativa, pero presencia de asociación entre tal factor ambiental con dicha variable en enfermeras asistenciales de un hospital de Arequipa, encontrando menor asertividad en entornos de la institución en que predominan tanto aspectos favorables como desfavorables (3.33%). Por otro lado, la implicancia de factores personales relacionados al entorno laboral de estos profesionales inciden en su grado de asertividad, y viceversa, como el factor compromiso organizacional, grado de identificación de un trabajador con la institución en que labora y sus objetivos, que en el estudio Sánchez (2018) obtuvo relación directa con la asertividad del personal de salud de un centro materno infantil de Lima que presentaron niveles bajos de Auto-asertividad (27%) y Hetero-asertividad (22%) en relación a esta variable, determinando que a mayor nivel de asertividad, mayor grado de compromiso organizacional en estos profesionales.

La presencia de personal técnico en enfermería poco o medianamente asertivo, reflejada en la carencia de cualidades asertivas hacia uno mismo y los demás, da cuenta de la necesidad de implementar recursos que permitan el desarrollo de un entorno favorecedor de interacciones adecuadas, precisando principalmente del entrenamiento en habilidades de expresión de las propias necesidades y opiniones así como en actitudes de respeto y consideración hacia las ideas, opiniones, sentimientos, valores y derechos de los demás; esto mediante programas conductuales de reforzamiento y moldeamiento; y de ser el caso, de reestructuración cognitiva, a fin de modular, mejorar o desarrollar tales actitudes en dichos profesionales. Así mismo, para facilitar este procedimiento se encuentra particular interés en la identificación de variables relacionadas al ambiente laboral con el fin de modificar o contrarrestar su impacto en las conductas de interacción del personal.

Estilos cognitivos de interacción social

El estilo cognitivo de interacción social más frecuente en el personal técnico en enfermería es el estilo Pasivo agresivo (37%) (Ver Figura 2).

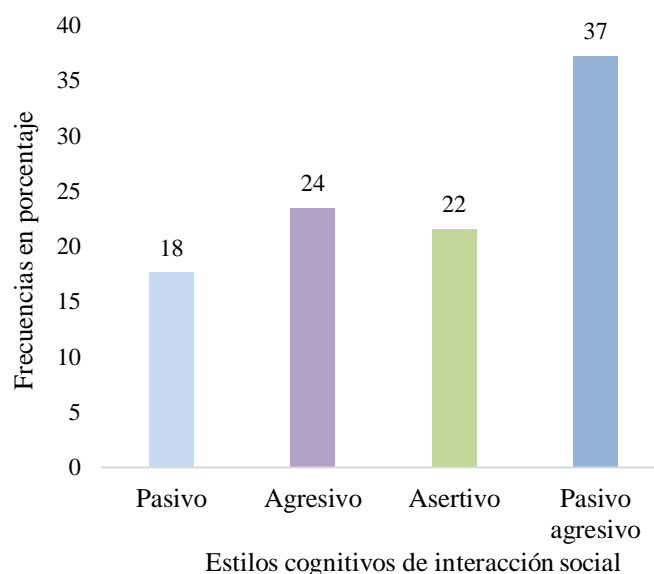


Figura 2. Estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

La mayor parte del personal técnico en enfermería presenta un estilo cognitivo Pasivo-agresivo de interacción social que, según García y Magaz (2011), conlleva una escasa Auto y Hetero-asertividad, y es un estilo de interacción propio de individuos que manifiestan inseguridad en la expresión de sus ideas, opiniones, sentimientos, etc., con tendencia a la acumulación de emociones desagradables debido a experiencias frecuentes de frustración personal o agresión por parte de los demás.

En un contexto hospitalario similar en Brasil, se encontraron algunas de estas características en un grupo de enfermeras que mediante entrevista manifestaron deficiencia de algunas actitudes asertivas como expresar sentimientos de enojo o disgusto, disculparse y admitir equivocaciones, aceptar y rechazar críticas (Montezeli et al. 2019). Estas actitudes también propuestas por García y Magaz (2011), que son evaluadas por las sub-escalas que miden asertividad, suelen aparecer en niveles bajos en aquellas personas que manifiestan un estilo cognitivo de interacción social Pasivo-agresivo.

Con base en estos datos, es posible que, si en un inicio tales profesionales mostraron déficit en estas actitudes que involucran asertividad y tras la aplicación de un programa educativo evidenciaron intenciones de mejora de las mismas, sea conveniente desarrollar un plan de intervención en actitudes asertivas luego de realizarse un diagnóstico individual con el

personal técnico en enfermería que evidencie estas características, con el fin de identificar y enseñar estrategias que favorezcan el desarrollo de estas actitudes.

Por otro lado, siendo el estilo Pasivo-agresivo una forma de no asertividad, puede encontrarse en los profesionales de la salud, relacionado a problemas emocionales, como se pudo evidenciar en el estudio llevado a cabo con 315 profesionales sanitarios de una unidad de cuidados críticos y urgencias de Granada en España, en que 17,7% de dichos profesionales mostró no asertividad, experimentando una parte de estos, síntomas de ansiedad (11,7%), ansiedad social (16,6%) y depresión (12,8%), así como falta de realización personal en el trabajo (4,4%), síntoma de desgaste y agotamiento emocional. En este sentido, también se determinó que la no asertividad aumentaba 5,7 veces más el riesgo de padecer ansiedad social; 3,6 veces más la sensación de no realizarse en el trabajo y 2,0 veces más el sufrir agotamiento emocional (Salazar et al. 2014).

Es de esperar que tales signos de alteración de la salud mental afecten la interacción de los trabajadores de salud para con los demás, por lo cual es necesaria la atención a esta área de la salud por parte de las entidades hospitalarias hacia sus colaboradores, además de encontrarse laborando en un entorno que demanda constante actividad, acortando o relegando las pausas entre actividades o los tiempos de descanso, sustituyéndolos por trabajo. Así mismo, el desgaste generado por alteraciones en los horarios naturales del organismo puede no sólo afectar las relaciones sino el desempeño en las funciones del personal.

Una situación similar ocurre al detectarse el grado de incomodidad que poseen estos profesionales en relación a su entorno de trabajo, como lo demostrado en una investigación con 142 enfermeras de un hospital nivel III de México, que, al contar con bajos niveles de asertividad referían mayor incomodidad ante situaciones de renuncia a su trabajo y discusiones con personas en desacuerdo con la propia opinión, y a su vez la quinta parte de dichos profesionales evidenciaron un nivel Indiferente de asertividad (21.2%), siendo más frecuente el nivel No asertivo (76.8%) que el Asertivo, en el personal de enfermería de dicho hospital (Moreno et al. 2010).

Según Omura, Stone, Maguire y Levett-Jones (2018), otro factor relacionado a las posibles causas de la falta de asertividad entre los profesionales de enfermería, incluyendo el personal técnico de esta área, sería la estructura jerárquica con que se conforma el sistema de salud, la cual afectaría la comunicación o interacción entre profesionales de distintas áreas, debido a las diferencias de poder en la cultura tradicional de atención médica, obstaculizando que estos planteen y resuelvan inquietudes relacionadas al estado de salud del paciente, con la responsabilidad de comunicar únicamente indicaciones del personal médico.

Niveles de las dimensiones de asertividad según sexo

En relación a los niveles de las dimensiones de asertividad según sexo en los técnicos en enfermería, tras aplicarse la prueba U de Mann-Whitney para la dimensión Auto-asertividad, se encontró que el valor de “p” es igual a 0.871; así mismo, tras realizarse este procedimiento para la dimensión Hetero-asertividad, se obtuvo que el valor de “p” es igual a 0.871, demostrando de esta manera que en ambas dimensiones no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes directos de varones y mujeres, a un nivel de confiabilidad del 95%.

El personal técnico en enfermería evidencia mayor frecuencia de nivel bajo de Auto-asertividad (58%) y Hetero-asertividad (61%) en integrantes mujeres, mientras que los varones presentan en su mayoría nivel medio de Auto-asertividad (64%) y nivel bajo de Hetero-asertividad (57%) (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Niveles de las dimensiones de Asertividad según sexo en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Niveles de Asertividad	Femenino (%)			Masculino (%)		
	Niveles			Niveles		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Auto-asertividad	11	31	58	0	64	36
Hetero-asertividad	3	35	61	7	36	57

Mediante estos datos se evidencian ligeras diferencias entre los niveles de asertividad del personal técnico en enfermería de sexo femenino y masculino, encontrándose niveles medios de Auto-asertividad en los varones, y en las mujeres esta cualidad se presenta en niveles bajos, mientras que la Hetero-asertividad se encuentra en niveles bajos tanto en mujeres como varones. En este sentido, los varones a diferencia de las mujeres poseen ligeramente mayor habilidad para expresar de manera adecuada su manera de pensar, mientras que, en las mujeres por alguna causa del entorno o convivencia con otros miembros del equipo de salud, se dificulta mayormente esta situación; por otro lado, a ambos sexos se les dificulta respetar y mostrar consideración hacia las actitudes y forma de pensar de los demás.

Estas habilidades adquiridas mediante procesos de aprendizaje posibilitan su aplicación en diversas situaciones sociales, por lo que requieren de enseñanza teórica y práctica, a fin de que se mantengan en el tiempo y puedan ser reforzadas en la práctica profesional. Tanto varones como mujeres que conforman el personal técnico en enfermería deberían contar desde

su formación con estas herramientas que les permitan cumplir de manera óptima su labor, al ser un contexto que requiere de establecer relaciones interpersonales.

Con el fin de determinar estas cualidades en estudiantes universitarios de las carreras de salud Enfermería y Fisioterapia, Cañón-Montañez y Rodríguez-Acelas (2011) estudiaron los niveles de asertividad, según tipos, encontrando que la asertividad indirecta, que comprende enfrentarse, pero no directamente con una persona o situación de conflicto, se presentaba con mayor frecuencia en universitarios varones que en mujeres que estudiaban estas carreras de salud. Esto conduce a deducir que en la práctica se generan ciertos cambios que producen que las mujeres al igual que los varones, muestren dificultades en la comunicación y el respeto a sus propios valores, entendidos como una predisposición cognitiva a actuar de manera determinada, es decir, en cuanto a Auto-asertividad.

Algunas razones que explicarían el déficit mayoritario de esta cualidad, además de la Hetero-asertividad, en las mujeres que integran el personal técnico en enfermería son presentar ansiedad al expresar las propias ideas u opiniones, o inseguridad personal y baja autoestima. Moreno et al. (2010) encontró que en el personal de enfermería de sexo femenino predominó un nivel ansioso, sin afirmar que presenten mayor asertividad que los varones, lo que significa que la ansiedad, al partir del aspecto cognitivo es una variable que puede interferir con la adecuada expresión de opiniones, pensamientos, sentimientos y derechos.

Estilos cognitivos de interacción social según sexo

En el personal técnico en enfermería se evidencia con mayor frecuencia un estilo cognitivo de interacción social Pasivo agresivo en la población femenina (39%), y los varones presentan mayormente un estilo cognitivo de interacción social Asertivo (36%) (Ver Figura 3).

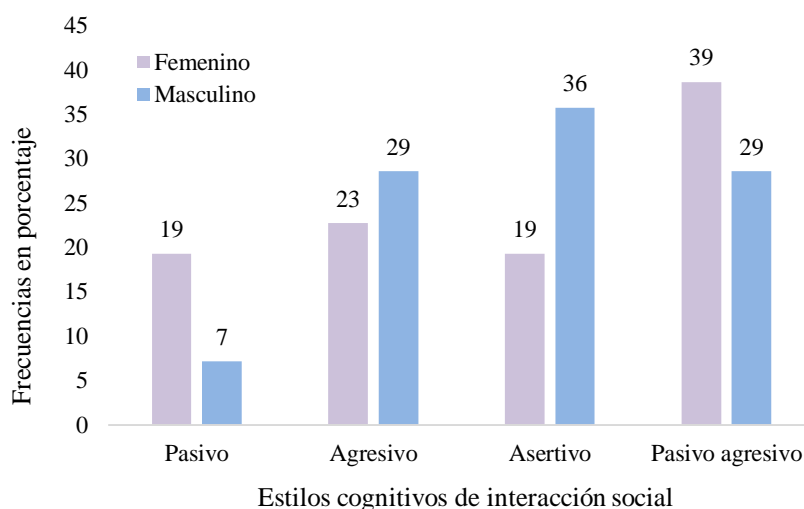


Figura 3. Estilos cognitivos de interacción social según sexo en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Los estilos cognitivos de interacción social del personal técnico en enfermería, según sexo, varían por su frecuencia tanto en el sexo femenino como en el masculino, siendo el sexo femenino en el que se presenta mayormente el estilo Pasivo agresivo (39%), mientras que el sexo masculino posee un estilo Asertivo (36%) y con menor frecuencia presentan estilos Agresivo y Pasivo agresivo (29%). Es decir, las mujeres que integran el personal técnico en enfermería son mayormente pasivo agresivas en sus interacciones y los varones, asertivos, en el entorno en que laboran.

Según García y Magaz (2011), los estilos cognitivos de interacción dependen de las actitudes y valores que posea cada individuo. En algunos casos pueden presentar actitudes hostiles o disfuncionales, y en ocasiones, actitudes gentiles o también llamadas asertivas; en este sentido, al tratarse del personal técnico en enfermería se estaría hablando de manifestar dichas actitudes en la interacción con otros miembros del equipo de salud y con los pacientes, y sus familiares, por lo que se requiere brindar una atención adecuada y de calidad, que incluya un trato amable.

En busca de estas actitudes en la relación interpersonal de enfermeros técnicos al cuidado de pacientes con diabetes, Crofford y Castillo (2018) analizaron la comunicación asertiva de dichos profesionales, identificando actitudes asertivas en miembros del personal, que evidenciaron desarrollo de respuestas constructivas hacia los pacientes; sin embargo, detectaron también actitudes poco asertivas y hostiles, por parte de algunos miembros de dicho personal, lo que afecta la calidad de atención, así como el bienestar emocional y compromiso del paciente para con su tratamiento. En este estudio se encontró, además que, de todo el personal evaluado, los enfermeros técnicos, es decir, los varones presentaron actitudes asertivas, mientras que una parte de enfermeras técnicas manifestaron actitudes poco asertivas y agresivas.

De lo encontrado en ambos resultados, es posible deducir que el sexo femenino suele presentar ligeramente mayor dificultad que el sexo masculino, para manifestar asertividad, tanto para la expresión directa y cordial de opiniones y sentimientos propios, y respeto a los propios valores, como en cuanto al respeto a la expresión directa y cordial de las opiniones, sentimientos y valores de los demás. No obstante, tampoco es posible afirmar que los varones que conforman el personal técnico en enfermería sean completamente asertivos, pues entre estos se encuentran componentes que cuentan con actitudes poco asertivas.

Niveles de las dimensiones de asertividad según edad

En relación a los niveles de las dimensiones de asertividad según edad en el personal técnico en enfermería, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, encontrándose que el valor de “p” en la dimensión Auto-asertividad es igual a 0.882, mientras que en la dimensión Hetero-asertividad, “p” es igual a 0.885, evidenciando que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes directos de adultos tempranos y medios en ambas dimensiones a un nivel de confiabilidad del 95%.

El personal técnico en enfermería perteneciente a edades ubicadas en categorías Adultez temprana y Adultez media, presentan con mayor frecuencia baja Auto-asertividad (60% y 52% respectivamente). Así mismo, ambos grupos de edades presentan Hetero-asertividad en nivel bajo (63% y 60% respectivamente) (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Niveles de las dimensiones de Asertividad según edad en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Niveles de Asertividad	Adultez Temprana (%)			Adultez Media (%)		
	Niveles			Niveles		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Auto-asertividad	10	30	60	10	39	52
Hetero-asertividad	3	35	63	5	35	60

Los niveles de asertividad según edad en el personal técnico en enfermería no difieren en cuanto a la frecuencia con que se presentan, mayormente en niveles bajos Auto-asertividad y Hetero-asertividad en los grupos etarios clasificados como adultez temprana y adultez media, por sus rangos de edades según Papalia y Feldman (2013). No obstante, en estos datos se aprecia también una ligera diferencia en el nivel de Auto-asertividad del personal técnico en enfermería adulto medio (39%), en relación al de los adultos tempranos (30%), en cuanto a que es mínimamente mayor el nivel medio de asertividad de los adultos medios.

La investigación de Cañón-Montañez y Rodríguez-Acelas (2011), pese a no compartir totalmente las características de la población, obtuvo un hallazgo similar, al estudiar los niveles de asertividad en estudiantes universitarios de la carreras profesionales de Enfermería y Fisioterapia, que significó una disminución de la No asertividad ($p=0.004$) a medida que aumentaba la edad, es decir, disminuía la inhabilidad para expresar los propios deseos, opiniones o sentimientos, característica que en este estudio se correspondería con la cualidad de Auto-asertividad.

No obstante, con base en estos resultados no es posible afirmar que la edad sea un factor que establezca diferencias, y que favorezca o afecte los niveles de asertividad del personal técnico en enfermería, ni que sea el personal técnico en enfermería conformado por adultos tempranos quienes presenten menos dificultades en cuanto a la expresión de sus propias opiniones, sentimientos y deseos, y el respeto a sus propios valores; así como tampoco implica que dicho personal conformado por adultos medios sean más asertivos debido a la etapa en que se encuentran por la edad, ni que represente una ventaja para ellos la expresión de sus opiniones, sentimientos y deseos, y el respeto a sus propios valores.

Estilos cognitivos de interacción social según edad

El personal técnico en enfermería presenta con mayor frecuencia un estilo cognitivo de interacción social Pasivo agresivo, evidenciándose tanto en los miembros cuyas edades pertenecen a la categoría de Adultez temprana (43%), como en aquellos cuyas edades se ubican en la categoría de Adultez media (34%), según Papalia y Feldman (2013) (Ver Figura 4).

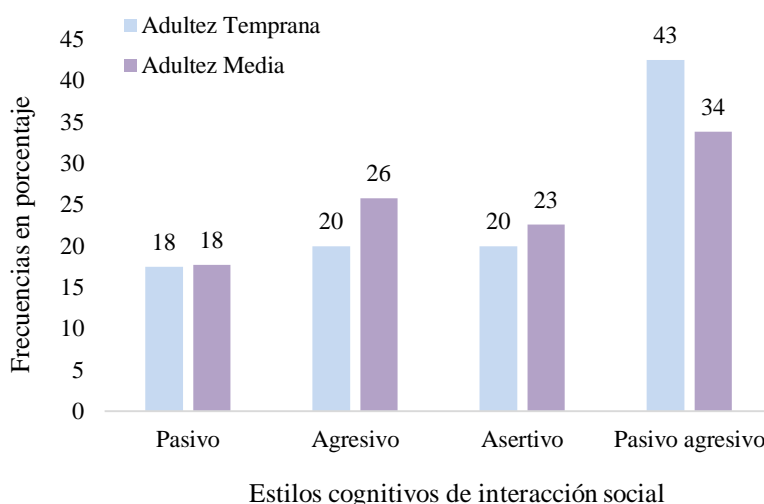


Figura 4. Estilos cognitivos de interacción social según edad en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Los estilos cognitivos de interacción social manifestados por el personal técnico en enfermería no evidencian diferencias entre ambos grupos etarios, Adultez temprana y Adultez media, es decir, se encuentran frecuencias similares entre ambas categorías en todos los estilos de interacción propuestos por García y Magaz (2011), no obstante, el estilo Agresivo es ligeramente más frecuente en los adultos medios, así como lo es en este mismo grupo el estilo asertivo en quienes lo presentan, mientras que el estilo mayormente manifestado en ambos grupos es el estilo Pasivo agresivo, con una ligera mayor frecuencia de adultos tempranos que manifiestan este tipo de interacción.

Por otra parte, Alarcón et al. (2003), aunque en una población únicamente de sexo femenino y con puestos importantes, al evaluar la conducta asertiva de enfermeras jefes de piso de un hospital estatal de la Ciudad de México, encontraron que aquellas que tenían edades comprendidas entre 37 a 50 años (30.08%) mostraron mayor déficit conductual, compartiendo con este estudio parte de las características de la categoría etaria Adultez temprana, al incluir a sujetos con edades entre 37 a 40 años, si según Papalia y Feldman (2013), dicha categoría incluye edades de 20 a 40 años; así como de Adultez media, al incluir a enfermeras con edades entre 41 a 50 años, si según Papalia y Feldman (2013), esta categoría comprende edades de 41 a 60 años. Esta observación implica que en la transición de la adultez temprana a la adultez media pueden ocurrir ciertos cambios en la asertividad del personal de enfermería, que no son tan significativos como para que posteriormente no puedan manifestarla en sus interacciones.

En general, de estos estilos cognitivos de interacción social, los más frecuentes en el personal técnico en enfermería son los catalogados como no asertivos, lo que supone una falta de entrenamiento en actitudes asertivas que favorezcan las relaciones establecidas por estos profesionales tanto en el ámbito laboral, como el personal y familiar. Independientemente, la edad no constituye una variable determinante para el aprendizaje de las cualidades que comprende este constructo, dado que posee elementos que se adquieren con la práctica en la aplicación a situaciones sociales cotidianas.

Niveles de las dimensiones de asertividad según estado civil

El personal técnico en enfermería que registran las diferentes categorías de estado civil, presentan con mayor frecuencia niveles bajos y medios de Auto-asertividad y Hetero-asertividad (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Niveles de las dimensiones de Asertividad según estado civil en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Dimensiones de Asertividad	Soltero (%)			Casado (%)			Conviviente (%)			Separado/Divorciado (%)			Viudo (%)	
	Niveles			Niveles			Niveles			Niveles			Niveles	
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Medio	Bajo
Auto-asertividad	4	35	61	12	35	53	18	41	41	7	33	60	25	75
Hetero-asertividad	0	22	78	5	47	49	0	29	71	13	27	60	50	50

En este sentido, aunque se observa que no existen diferencias significativas por estado civil en los niveles de Auto-asertividad y Hetero-asertividad del personal técnico en enfermería,

ya que con mayor frecuencia sus niveles son bajos en todas las categorías de estado civil, aunque en algunas de estas como en los convivientes (41%) se encuentran también en niveles medios con similares o iguales frecuencias en cuanto a Auto-asertividad, así como en los casados (47%) y viudos (50%) respecto a Hetero-asertividad.

Sin embargo, pese a que no es posible deducir que el estado civil sea una variable que genere diferencias en los niveles de asertividad manifestados por estos profesionales de salud pertenecientes a la atención en enfermería, no implica que estas cualidades no puedan ser desarrolladas por estos para el mejoramiento de sus relaciones sociales en los diversos entornos en que se desenvuelven, puesto que según García y Magaz (2011), dichas cualidades pueden ser adquiridas mediante aprendizaje.

Estilos cognitivos de interacción social según estado civil

El estilo cognitivo de interacción social frecuente en la mayoría de categorías de estado civil del personal técnico en enfermería es el estilo Pasivo agresivo, a excepción de aquellos que presentan el estado civil conviviente que evidencian con mayor frecuencia un estilo Agresivo (Ver Figura 5).

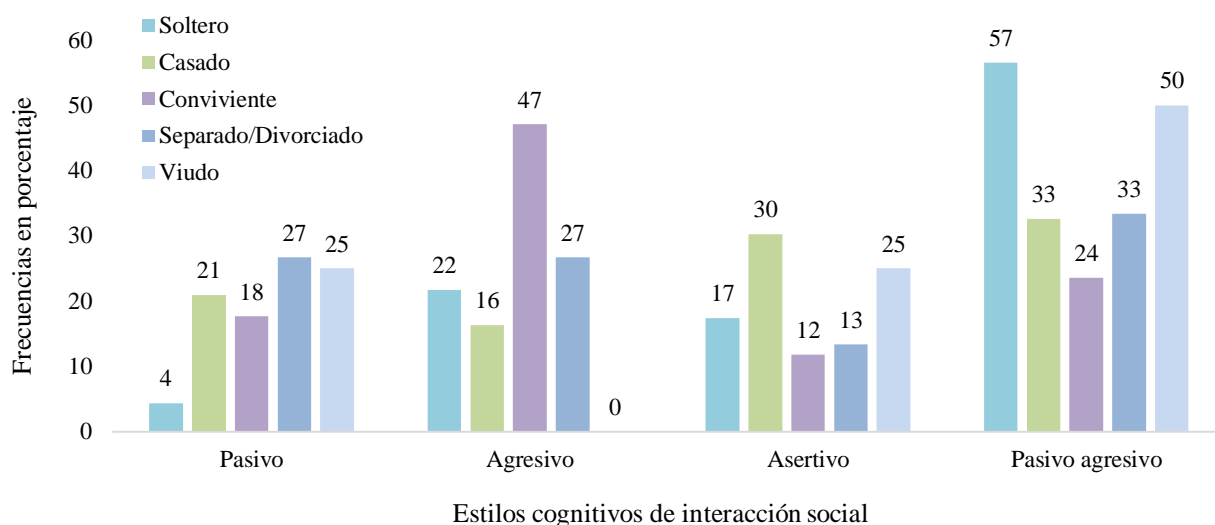


Figura 5. Estilos cognitivos de interacción social según estado civil en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

El estilo cognitivo de interacción social más frecuente en el personal técnico en enfermería soltero, es el estilo Pasivo agresivo (57%). En el personal técnico en enfermería que se encuentra casado se evidencian los cuatro estilos cognitivos de interacción social siendo el estilo Pasivo agresivo el que mayormente presenta (33%), seguido de un estilo Asertivo de interacción (30%) y con menor frecuencia registran los estilos de interacción Pasivo (21%) y Agresivo (16%). Por otro lado, el estilo cognitivo de interacción social Agresivo es más

frecuente en el personal técnico en enfermería cuyo estado civil es conviviente (47%). Mientras que el personal técnico en enfermería que se encuentra separado o divorciado manifiesta mayormente un estilo cognitivo de interacción social Pasivo agresivo (33%), seguido de los estilos Pasivo (27%) y Agresivo (27%), y con menor frecuencia el estilo Asertivo (12%).

A diferencia de estos resultados en que los menos asertivos son el personal técnico en enfermería convivientes y separados/divorciados, en un hospital de México, Alarcón et al. (2003) encontraron mayor déficit conductual o de conducta asertiva en enfermeras que se encontraban casadas (26,31%), no obstante, un porcentaje de estas también presentó asertividad (24,56%). Por otro lado, Félix y Huallanca (2013), encontraron que el nivel de habilidades sociales en enfermeras asistenciales de un hospital de Ayacucho, según el estado civil, fue con mayor frecuencia medio en las enfermeras casadas (48,8%). En este sentido, Bras (como se citó en Vásquez, 2016) afirma que el estado civil casado es considerado de importancia en la sociedad puesto que indica una adecuada dinámica familiar y laboral.

No obstante, pese a que la mayor parte del personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, presenta el estilo civil casado y, según lo analizado, presentan una mayor frecuencia de asertividad en su categoría, no son los más asertivos de entre todo el personal técnico en enfermería, dado que poseen con mayor frecuencia estilos cognitivos de interacción social poco o no asertivos, lo que no les permitiría establecer interacciones saludables en su entorno.

Niveles de las dimensiones de asertividad según área de servicios

Los niveles de asertividad son con mayor frecuencia bajos en el personal técnico en enfermería que labora en las tres áreas de servicios (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Niveles de las dimensiones de Asertividad, según área de servicios, en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Dimensiones de Asertividad	Consulta Externa (%)			Hospitalización (%)			Emergencia (%)		
	Niveles			Niveles			Niveles		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Auto-asertividad	0	41	59	15	31	54	9	38	53
Hetero-asertividad	0	45	55	6	29	65	3	38	59

El personal técnico en enfermería que labora en el área de servicios de Consulta Externa evidencia los niveles más bajos de Auto-asertividad (59%), mientras que el personal técnico del área de servicios de Hospitalización y Emergencia presenta niveles más bajos de Hetero-

asertividad (65% y 59%). En general, el personal técnico en enfermería que labora en las tres áreas de servicios son poco asertivos.

Contrariamente a esto, Velazco y Zeballos (2016), encontraron que la mayoría de enfermeras que laboran en dos servicios del área de Hospitalización de un hospital de Arequipa, presentaban niveles altos de asertividad (62%), extendiendo su estudio de asertividad por servicios, encontrando que estos niveles altos se presentaron predominantemente en los servicios de Medicina Varones (10%) y Medicina Mujeres (16.67%) así como en Cirugía Varones (18.33%) y Cirugía Mujeres (16.67%), es decir, en todos los servicios que abarcó su estudio. Según estos autores, las enfermeras que presentan niveles altos de asertividad cuentan con un entorno laboral favorable a mixto, es decir, el entorno laboral es una variable que facilitaría interacciones adecuadas en estos profesionales de la salud. Así mismo, es posible que existan diferencias en cuanto al ambiente laboral de las diferentes áreas y servicios hospitalarios.

No obstante, en este estudio, los niveles bajos de asertividad en el área de Hospitalización se pueden atribuir a que en estos servicios los que los pacientes y sus familiares permanecen durante mayor tiempo, ya sea por motivos de preparación para una intervención quirúrgica, recuperación u observación, lo que conduce a que el personal de salud tenga que proporcionar indicaciones directas tanto a los pacientes como a sus familiares, de cuyo cumplimiento puede depender en cierto grado el bienestar del paciente, por lo que requiere de mayor responsabilidad, pudiendo dificultarse a algunas personas el cumplimiento de estos procedimientos, por lo que la interacción puede tornarse hostil ante la insistencia de algunos pacientes o familiares y la impaciencia del personal técnico en enfermería, esto sumado al estado de vulnerabilidad física y emocional de los pacientes en dicha área, quienes podrían sentirse más afectados por el trato recibido por parte de este.

Por otro lado, Atuncar (2020) encontró que 32% de profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del Instituto Nacional de Salud del Niño, evidenciaba una comunicación no asertiva, al igual que lo encontrado en el personal técnico en enfermería, resultando por ende inadecuadas las relaciones interpersonales; esto debido a la comunicación impersonal y poco empática del personal de enfermería. Así mismo, Egúsquiza (como se citó en Arana & Aranda, 2019) encontró que las enfermeras del servicio de Infectología y Neumología de esta institución presentaban con mayor frecuencia un nivel bajo de comunicación asertiva (50%).

De manera similar, en el área de Emergencia, en cuyos servicios se presenta un manejo poco adecuado de la situación del paciente y sus familiares, dado que estos se encuentran en

un área de cuidados críticos y en ocasiones se genera cierta tensión en la interacción del personal técnico en enfermería debido a la espera de los pacientes por recibir atención o de los familiares por recibir información de parte del personal; entre tanto, sucede también entre el personal técnico en enfermería con algunos otros profesionales que en ocasiones no procuran mayor información o que no dedican un tiempo a dirigirse al paciente de manera asertiva y empática.

Estilos cognitivos de interacción social según área de servicios

El estilo cognitivo de interacción social que se presenta con mayor frecuencia en el personal técnico en enfermería de las tres áreas de servicios es el estilo Pasivo agresivo, siendo más frecuente en las áreas de hospitalización (40%) y emergencia (38%) (Ver Figura 6).

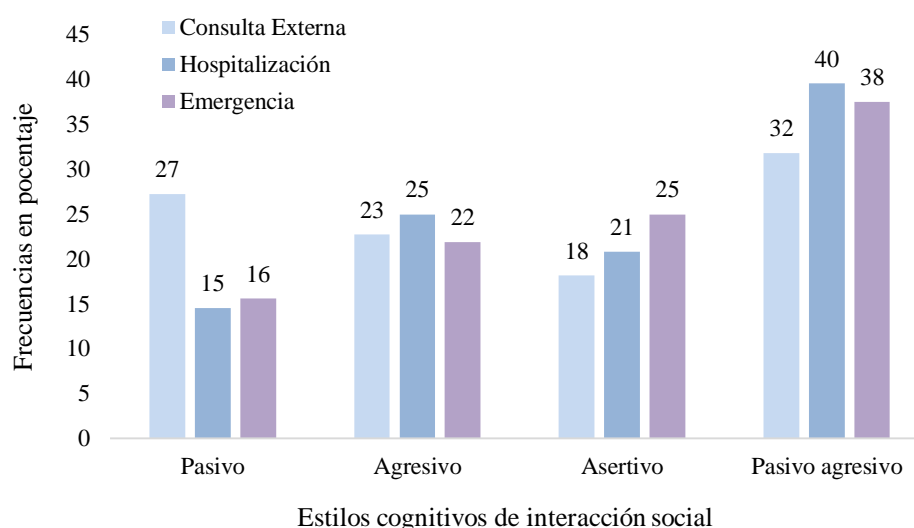


Figura 6. Estilos cognitivos de interacción social según área de servicios en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

En base a estos resultados, se determina que estilo cognitivo de interacción social más frecuente en las tres áreas de servicios hospitalarios es el estilo Pasivo agresivo, lo que implica que los técnicos en enfermería de las tres áreas poseen dificultad para expresar de manera adecuada la información que desean comunicar, sea esta; opiniones, ideas, derechos, entre otros, así como de poseer actitudes de respeto y consideración hacia los demás, tanto hacia el personal de salud con que labora como con los usuarios de los servicios de salud, familiares y pacientes.

En las áreas de Hospitalización y Emergencia catalogadas como áreas de cuidados críticos, se evidencia que, de igual manera, predomina el estilo cognitivo de interacción social Pasivo agresivo. Contrario a lo hallado en un estudio en Ecuador con enfermeras de

Emergencia y Hospitalización, que en circunstancias en las que el estado o la condición del paciente es crítica y de mediano o alto riesgo, y los familiares se encuentran desesperados y preocupados, las profesionales en enfermería proporcionan siempre o algunas veces un trato cálido, equitativo y cortés (63% y 38%, respectivamente), que permite a los pacientes y a sus familiares disminuir síntomas de ansiedad y niveles de estrés, los cuales a su vez se encuentran con frecuencia, satisfechos con la atención del personal de enfermería (83%) (Lema & Orbea, 2016), trato que se relaciona con un estilo de interacción asertivo, caracterizado por el respeto hacia los derechos, sentimientos y opiniones de las personas atendidas.

Correlación entre dimensiones de asertividad y edad

Al determinar la fuerza de relación entre las dimensiones de asertividad y la edad en los técnicos en enfermería, mediante el índice de Correlación de Spearman se encontró que no existe correlación entre ambas dimensiones y el factor edad en los técnicos en enfermería (Ver Tabla 5).

Tabla 5

Coeficiente de correlación Spearman Brown entre dimensiones de asertividad y edad en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Edad	Coeficiente de correlación	
	Dimensiones de asertividad	
	Auto-asertividad	Hetero-asertividad
Spearman's rho	-0.009	0.046
p-valor	0.926	0.645

La ausencia de relación entre asertividad y edad, indica que las características o dimensiones asertivas no se diferencian según el rango de edad del personal técnico en enfermería, lo que significa que la capacidad de estos profesionales para expresar adecuadamente los propios pensamientos, opiniones e ideas, y sentimientos, así como de respetar los propios valores y los de los demás no se depende de la edad que dichos profesionales tengan durante el estudio.

Aunque tampoco evidenció asociación estadística entre esta variable y la edad ($p > 0,05$), analizando la variable estilos de manejo de conflictos basada al igual que la asertividad en parámetros concernientes a uno mismo y a los demás, en cuanto al grado de intento por satisfacer las propias necesidades y el grado de satisfacer las necesidades de otros, Vásquez (2016) encontró que el estilo de manejo de conflictos empleado por los enfermeros de un

hospital de Jaén es distinto según el grupo de edad al que pertenecen, de manera que aquellos con edades comprendidas entre 22 a 39 años utilizaron con mayor frecuencia un estilo complaciente (50,0%), que en este caso se equipara con un bajo nivel de Auto-asertividad y un nivel alto o medio de Hetero-asertividad, mientras que los que tenían entre 49 a 50 años empleaban con mayor frecuencia un estilo evasivo (24,5%), similar a contar con niveles bajos tanto de Auto-asertividad como de Hetero-asertividad.

Así mismo, el estudio de Félix y Huallanca (2013) tampoco encontró evidencia de relación significativa entre el nivel de habilidades sociales, dentro de las cuales se considera las asertivas, y la edad de 84 enfermeras asistenciales de un hospital de Ayacucho ($p > 0,05$).

Correlación entre dimensiones de asertividad y tiempo de trabajo

Al determinar la fuerza de relación entre las dimensiones de asertividad, Auto-asertividad y Hetero-asertividad, con el factor interviniente tiempo de trabajo, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, no se encontró fuerza de correlación entre ambas dimensiones y el tiempo de trabajo del personal técnico en enfermería (Ver Tabla 6).

Tabla 6

Coeficiente de correlación Spearman Brown entre dimensiones de asertividad y tiempo de trabajo en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Coeficiente de correlación		
Tiempo de trabajo	Dimensiones de asertividad	
	Auto-asertividad	Hetero-asertividad
Spearman's rho	-0.026	-0.030
p-valor	0.795	0.767

Estos resultados encuentran similitud con el estudio de Vásquez (2016), quien encontró que no existe asociación entre estilos de manejo de conflictos y el tiempo de servicio de los enfermeros que laboran en un hospital de la ciudad de Jaén ($p > 0,05$), indicando al respecto que el tiempo de servicio no viene a ser un factor predisponente a manifestar un determinado estilo de manejo de conflictos. Esto, recapitulando la similitud de dicha variable con la asertividad.

Diferente lo evidenciado en el estudio de Félix y Huallanca (2012), quienes encontraron una relación significativa entre los niveles de habilidades sociales y el tiempo de servicio de 84 enfermeras asistenciales que laboraban en un hospital de Ayacucho ($p < 0,05$), contando con mayor nivel de habilidades sociales aquellas enfermeras asistenciales que laboraban durante menos de 11 años, es decir, los profesionales asistenciales de enfermería más jóvenes

cuentan con un mayor repertorio de actitudes asertivas, además de habilidades comunicativas así como de toma de decisiones y en general poseen una mayor autoestima, puesto que desempeñan la labor profesional y sus funciones con un mayor entusiasmo y dinamismo, diferenciándose por estas características de las enfermeras de mayor edad que cumplirían su labor de un modo más rutinario, mostrando posiblemente actitudes menos asertivas e inclusive hostiles, debido a un cierto cansancio, desgaste o aburrimiento.

Datos sociodemográficos del personal técnico en enfermería

El personal técnico en enfermería se caracteriza por presentar un rango de entre 27 a 67 años de edad, siendo en gran mayoría mujeres (86%), además de presentar en su mayoría el estado civil casado (42%) así como tener hijos (89%).

La mayor parte de estos labora en el área de servicios de Hospitalización (47%) y actualmente cuentan con la modalidad de contrato de Nombramiento (82%), aunque también se evidencia que el 30% de estos se ubican en un rango de tiempo de trabajo de 1 a 7 años. Así mismo, el 69% de personal técnico en enfermería labora en los tres turnos, tanto mañana, como tarde y noche, cumpliéndolos de manera rotativa mediante horarios incluyendo guardias (Ver Tabla 7).

En cuanto a características generales del personal técnico en enfermería, este estudio se asemeja al realizado por Velazco y Zevallos (2016) en Arequipa, en el que la población de estudio fueron enfermeras, en su mayoría en el rango de edades (51 y 60 años) perteneciente a la etapa de adultez media (31.67%), casadas (71.67%), nombradas (70%), que laboran en servicios de hospitalización (100%) y se encuentran trabajando en este entre 0 a 10 años (38.33%).

De igual manera, el perfil sociodemográfico del personal técnico en enfermería incluye información de manera similar al estudio de Vásquez (2016) en Jaén, cuya población se caracterizó por pertenecer al grupo de edad adulto con edades comprendidas entre 20 a 65 años, siendo en su mayoría de sexo femenino (72,7%), la mayor parte de estos con el estado civil casado (69,1%) y con un tiempo de servicio de 10 años (56,4%).

Así mismo, coincide en referencia a algunos datos con el estudio realizado en México con 57 enfermeras jefes de piso, de sexo femenino (100%), la mayoría con grado de instrucción a nivel técnico (65%), quienes tenían un promedio de 42.5 años, y de las cuales 58% se encontraban casadas (Alarcón, Cervantes & Domínguez, 2003).

Tabla 7

Características sociodemográficas del personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Categoría	n	Frecuencia (%)
Sexo		
Femenino	88	86
Masculino	14	14
Edad		
27-40 (Adulthood temprana)	40	39
41-67 (Adulthood media)	62	61
Estado Civil		
Soltero	23	23
Casado	43	42
Conviviente	17	17
Separado/ divorciado	15	15
Viudo	4	4
Hijos		
Sí	89	87
No	11	11
Lugar de Residencia		
Residencial	3	3
Urbanización	36	35
Pueblo Joven	42	41
Barrio	18	18
Asentamiento Humano	2	2
Modalidad de Contrato		
Nombrado	84	82
CAS	4	4
SNP	14	14
Área en que labora		
Consulta Externa	22	22
Hospitalización	48	47
Emergencia	32	31
Tiempo de Trabajo en años		
1 a 7	31	30
8 a 14	30	29
15 a 21	19	19
22 a 28	8	8
29 a 35	8	8
36 a 42	6	6

V. CONCLUSIONES

El estilo cognitivo de interacción social dominante en el personal técnico en enfermería de un hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre a diciembre 2019, es el estilo Pasivo agresivo (37%).

En el personal técnico en enfermería de sexo femenino se encontró un nivel bajo de Auto-asertividad (58%) y Hetero-asertividad (61%), así como el estilo cognitivo de interacción social Pasivo agresivo, mientras que en el sexo masculino se encontró un nivel medio de Auto-asertividad (64%) y nivel bajo de Hetero-asertividad (57%), además del estilo cognitivo de interacción social Asertivo. El personal técnico en enfermería que pertenece a la etapa Adultez temprana posee bajos niveles de Auto-asertividad (60%) y Hetero-asertividad (63%), al igual que aquellos que se encuentran en la Adultez media (52% y 60%), y ambos grupos presentan con mayor frecuencia un estilo cognitivo de interacción social Pasivo agresivo. Por otro lado, el personal técnico en enfermería de los diferentes tipos de estados civil presenta niveles bajos de Auto y Hetero-asertividad, y con mayor frecuencia muestra un estilo cognitivo de interacción social Pasivo agresivo. Así mismo, los niveles de asertividad son bajos en el personal técnico en enfermería que labora en las tres áreas de servicios, como son Consulta externa, Hospitalización y Emergencia en que se presenta con mayor frecuencia el estilo cognitivo de interacción social Pasivo agresivo.

No se encontró fuerza de relación entre las dimensiones de asertividad, Auto-asertividad y Hetero-asertividad, con el factor edad ni con el factor tiempo de trabajo del personal técnico en enfermería de un Hospital Estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre - diciembre 2019.

En cuanto a características sociodemográficas, el personal técnico en enfermería posee edades entre 27 a 65 años, en su mayoría se encuentra conformado por mujeres; poseen con mayor frecuencia el estado civil casado y con hijos. En su mayoría se encuentran laborando bajo modalidad de Nombramiento y mediante rotación completan horarios en los turnos mañana, tarde y noche en las diferentes áreas y servicios hospitalarios, incluyendo servicios de guardia diurna y nocturna.

VI. RECOMENDACIONES

En principio, se sugiere la propuesta de implementación y desarrollo de un programa de entrenamiento en asertividad dirigido al personal técnico en enfermería y, en general, al personal de salud del hospital, incluyéndolo en capacitaciones y talleres, mediante técnicas y estrategias prácticas, a fin de concientizar, mejorar y fortalecer las habilidades interpersonales para el establecimiento de interacciones basadas en el respeto y en acuerdos, de acuerdo a un plan de seguimiento que evalúe en principio las fortalezas y debilidades de los equipos profesionales, así como las mejoras y objetivos logrados por estos; contando para ello, con los profesionales especialista del equipo de Psicología Clínica y Organizacional, encargados de velar por la salud mental y el bienestar de los colaboradores.

Se recomienda también ampliar el estudio de la variable asertividad y estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería y de otras áreas, así como de otras instituciones de salud, y además extender su estudio a otros profesionales sanitarios que laboren bajo las mismas condiciones, es decir, que laboren en las áreas de servicios hospitalarios y tengan un contacto interpersonal mediante interacción directa con otros profesionales y con los pacientes o usuarios de los servicios de salud, y los familiares de estos, abarcando además tanto el sector público como el sector privado de salud.

Se propone, además, contar con un plan alternativo de soporte a aquellos profesionales que no cuenten con la capacidad para desenvolverse socialmente de manera efectiva o que, de otro modo, presenten dificultades de tipo emocional para expresar adecuadamente sus opiniones, sentimientos e intenciones, sea que psicológicamente atraviesen por procesos de ansiedad, depresión, estrés o de pérdida como un duelo; o bien, algún otro tipo de alteraciones. Por otro lado, se sugiere evaluar y asegurarse de que el entorno y ambiente en que laboran los profesionales de salud cuenten con las condiciones adecuadas y de ser posible, con los elementos necesarios que faciliten la comunicación entre profesionales y entre estos con los usuarios.

VII. REFERENCIAS

- Alarcón, C.; Cervantes, M. E.; Domínguez, A. F.; Hernández, J. & Velásquez, M. T. (2003). Evaluación de la conducta asertiva y no asertiva en enfermeras jefes de piso. *Revista de Enfermería*, 11(3); 133-142. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-enfermeria-del-instituto-mexicano-del-seguro-social/articulo/evaluacion-de-la-conducta-asertiva-y-no-asertiva-en-enfermeras-jefes-de-piso>
- Alonso, M.; Cantero, I. F. & González, M^a. D. (s.f.). La asertividad laboral. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5114915.pdf>
- Arana, J. Y. & Aranda, M. R. (2019). *Comunicación asertiva y desempeño laboral de la enfermera. Hospital Leoncio Prado de Huamachuco 2018* (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo). Recuperada de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11740/1846.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Atuncar, E. J. (2020). *Comunicación asertiva y relaciones interpersonales entre los profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja 2017* (Tesis de maestría, Universidad de San Martín de Porres). Recuperada de http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6490/atuncar_tej.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bernaola, S. I. (2019). *Comunicación asertiva y desempeño laboral de los trabajadores del Hospital I de Pacasmayo, 2019* (Tesis de maestría, Universidad César Vallejo). Recuperada de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/33928/bernaola_ts.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Berrios, H. & Carbone, N. (2016). *Asertividad y estilos cognitivos de interacción social en docentes tutores de instituciones educativas nacionales de la ciudad de Lambayeque, agosto a diciembre 2016* (Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo). Recuperada de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1362/1/TL_BerriosCarrascoHelenn_CarbonelZamoraNataly.pdf
- Caldón, P. C. (2013). *Aspectos éticos y bioéticos de la entrega de turno del personal de enfermería* (Investigación de especialización, Universidad de La Sabana). Recuperada de <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/10823/Perla%20Cecilia%20Cald%20Rodr%20adguez%28TESIS%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cañón-Montañez, W. & Rodríguez-Acelas, A. L. (2011). Asertividad: Una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 20, 81-87. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea10.pdf>
- Castanyer, O. (2010). *La Asertividad: expresión de una sana autoestima*. Descleé de Brower. Recuperado de <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433011411.pdf>

- Castanyer, O. & Ortega, E. (2013). *Asertividad en el trabajo: Cómo decir lo que siento y defender lo que pienso*. Conecta. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JZPtAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&q=asertividad+en+el+trabajo&ots=IEiVbnAk5v&sig=V4SsuF5y_c8mbk6gA-az7kB_ijU#v=onepage&q=asertividad%20en%20el%20trabajo&f=false
- Crofford, J. M. & Castillo, J. L. (2018). *Comunicación asertiva en la relación interpersonal de enfermería en el cuidado a pacientes con diabetes en el Área de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suarez* (Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil). Recuperada de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36507/1/1275-TESIS-CROFFORD%20Y%20%20CASTILLO.pdf>
- Diario El Peruano (2012). *Aprueban reglamento de la Ley N° 28561, Ley que regula el trabajo de los técnicos y auxiliares asistenciales de salud*. Decreto Supremo N° 004-2012-SA. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-reglamento-de-la-ley-n-28561-ley-que-regula-el-tr-decreto-supremo-n-004-2012-sa-771039-2/>
- García, E. & Magaz, A. (2011). *ADCAs. Autoinformes de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales (Actualización 2011). Manual de Referencia*. Madrid: Albor-COHS. Recuperado de <https://gac.com.es/editorial/INFO/Manuales/adcaMANU.pdf>
- Gómez, M. A. & Ruíz, M. I. (2015). *Dimensiones del Síndrome de Burnout en personal asistencial de salud de un hospital de Chiclayo, 2014* (Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo). Recuperada de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/331/1/TL_GomezFranciaMaria_RuizLlontopMiriam.pdf
- Goroskieta, V. (s.f.). *Habilidades sociales*. Escuela Nicasio Landa. Recuperado de https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BBF448C9-11C6-48B3-A574-558618E4E4F2/138615/Cap_04_97122.pdf
- Félix, A. & Huallanca, L. (2013). *Nivel de habilidades sociales en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2012* (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga). Recuperada de http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/3253/TESIS%20EN579_Fel.pdf?sequence=1&isAllowed=
- Isorna, M. (2008). Importancia de la asertividad: De Padrón a Catoira. Experiencias de Convivencia Escolar. *Revista Padres y Maestros [Journal of Parents and Teachers]*, 313. Recuperado de <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/1594/1355>.
- Lema, D. M. & Orbea, C. E. (2016). *La calidad de atención de enfermería, relacionado con el grado de satisfacción de los padres o representantes de los pacientes en el Servicio de Emergencia Área de Hospitalización del Hospital Baca Ortiz de la ciudad de Quito en el mes de octubre 2015 a febrero 2016* (Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador). Recuperada de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6257/1/T-UCE-0006-037.pdf>
- Ministerio de Salud (2009). *Contrato Administrativo de Servicios. Convocatoria N° 005-2009*. Recuperado de https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13258/PLAN_13258_CAS%20Convocatoria%205%20Licenciadas%20Enfermer%C3%ADa._2009.pdf

- Montezeli, J. H.; Haddad, M. C. F. L.; Garanhani, M. L. & Peres, A. M. (2019). *Improving social skills in care management provided by nurses: intervention research* [Mejoramiento de habilidades sociales en gerencia del cuidado practicada por enfermeros: una investigación intervención]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 49-57. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/0034-7167-reben-72-s1-0049.pdf>
- Moreno, M. P.; Salinas, A. & Silva, E. Y. (2010). *Nivel de asertividad en personal de enfermería en el ámbito hospitalario* (Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de San Luis Potosí). Recuperada de <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4635/TESISyahaira%20final%20para%20empastar12mar2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Omura, M.; Stone, T. E.; Maguire, J. & Levett-Jones, T. (2018). Explorando las percepciones de las enfermeras japonesas sobre la relevancia y el uso de la comunicación asertiva en el cuidado de la salud: un estudio cualitativo informado por la Teoría del Comportamiento Planificado [Exploring Japanese nurses' perceptions of the relevance and use of assertive communication in healthcare: A qualitative study informed by the Theory of Planned Behaviour]. *Educación de Enfermería Hoy (Nurse Education Today)*, 67, pp. 100-107. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691718301965>
- Pain, O. A. (2008). *Asertividad en docentes tutores de instituciones educativas públicas: validación del instrumento ADCA-1* (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperada de <http://investigacion.pucp.edu.pe/grupos/gcad/tesina/asertividad-en-docentes-tutores-de-instituciones-educativas-publicas-validacion-del-instrumento-adca-1/>
- Palacios, D. C. (2018). *Características de la comunicación enfermera paciente y satisfacción con el cuidado de Enfermería Cirugía Especialidades Hospital Regional Ica, febrero 2017* (Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista). Recuperada de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1835/T-DE-Diana%20Carolina%20Palacios%20Bendezu.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rivera, F.; Velásquez, J. & Sánchez, C. (2019). Los estilos cognitivos (CSI) en estudiantes de educación superior de una ciudad del Sur de Chile [The cognitive styles (CSI) in students of higher education in a city in Southern Chile]. *Revista de Estilos de Aprendizaje (Journal of Learning Styles)*, 12(23), 6-29. Recuperado de <http://learningstyles.uvu.edu/index.php/jls/article/view/439/267>
- Roldán, R. & González, S. (2015). Habilidades sociales para la comunicación con el paciente: la empatía y la escucha activa. *II Conferencia Internacional de Comunicación en Salud (23 de octubre, 2015)*. Recuperado de https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/21732/habilidades_rolan_gonzalez_IICICS_2015.pdf
- Salazar, I. C.; Roldán, G. M.; Garrido, L. & Ramos-Navas, J. M. (2014). La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Psicología Conductual [Behavioral Psychology]*, 22(3), 523-549. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4916490>

- Sánchez, C. V. (2018). *Asertividad y compromiso organizacional del personal de salud del Centro de Salud Materno Infantil Magdalena-Lima, 2017* (Tesis de maestría, Universidad César Vallejo). Recuperada de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/14451/S%C3%A1nchez_TCV.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez, K. & Ospina, Y. (s.f.). La comunicación asertiva como función integradora de la práctica gerencial. *Colección Académica de Ciencias Sociales (Universidad Pontificia Bolivariana)*. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciassociales/article/download/2882/2539>
- Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (2017). Anexo a la Resolución N° 352-2017-DEC-IESS: Normas de Competencia del Profesional Técnico en Enfermería. SINEACE. Recuperado de <https://www.sineace.gob.pe/wp-content/uploads/2017/09/ANEXO-A-LA-RESOLUCION-N%C2%BA-352-2017-DEC-IEES-Normas-de-Competencia-del-Profesional-T%C3%A9cnico-en-Enfermer%C3%ADa.pdf>
- Soria, M. R.; Olvera, J.; Ávila, E.; Ramírez, E. M. M.; Cortés, E. B. & Arriaga, Y. (2015). Ámbito laboral y bienestar físico en personal de enfermería. *Investigación y práctica en psicología del desarrollo*, 1, 183-188. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/fbaf/70e6ee184a091e17c25bd836982378fc279d.pdf>
- Vásquez, J. D. (2016). *Relación entre el estilo de manejo de conflictos y las características sociodemográficas de los enfermeros del Hospital General de Jaén* (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca). Recuperada de http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/925/T016_71388041_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Velazco, K. M. & Zeballos, J. R. (2016). *Entorno laboral y asertividad de la enfermera en los servicios de Medicina y Cirugía Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2016* (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín). Recuperada de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1814>

VIII. ANEXOS

Anexo A

Operacionalización de la variable asertividad y estilos cognitivos de interacción social, medida por el Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales en general ADCA-1 de García y Magaz, actualizado en 2011; y baremos establecidos en el personal técnico en enfermería de un Hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, setiembre-diciembre 2019.

Definición teórica de Asertividad	Definición operacional			
	Dimensiones	Indicadores	Niveles por dimensión	Estilos cognitivos de interacción social
García y Magaz (2011): “Cualidad que define aquella “clase de conductas sociales” que constituyen un acto de respeto por igual a uno/a mismo/a y a las personas con quienes se desarrolla la interacción” (p. 12).	Auto-asertividad	1 al 20	Alto 20	Pasivo
			Medio 15-19	Agresivo
			Bajo 0-14	
	Hetero-asertividad	21 al 35	Alto 15	Asertivo
			Medio 11-14	Pasivo-agresivo
			Bajo 0-10	

Anexo B



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 630-2019-USAT-FMED
 Chiclayo, 26 de noviembre de 2019

Vista la solicitud N° 157427 de fecha 25 de noviembre de 2019 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante Guevara Peña Vicenta Anays, de la Escuela de Psicología. Asesor: Mgtr. Nelly Patricia Becerra Escate.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Psicología.

Que el proyecto de Investigación denominado: **Asertividad y estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería de un Hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo setiembre – diciembre, 2019**, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Psicología y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Disponer que la estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA
FACULTAD DE MEDICINA

Rocío Cost.

Lic. Irene Mercedes del Rocío Rangel Castro
 Secretaria Académica
 Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

Jorge Luis Limo Liza

Méd. Jorge Luis Limo Liza
 Decano (e)
 Facultad de Medicina

Anexo C

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores: Vicenta Anays Guevara Peña
 Título : Asertividad y estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería de un Hospital estatal categoría II-2, Chiclayo 2019.

Se le invita a participar en un estudio llamado: Asertividad y estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería de un Hospital, categoría II-2, Chiclayo 2019.

Esta investigación estudia la asertividad, cualidad que se adquiere a través del aprendizaje y es un recuso necesario en las relaciones sociales, definida como un conjunto de características que constituyen un acto de respeto por igual a uno/a mismo, a los propios derechos, opiniones, sentimientos, valores, etc., así como hacia las demás personas con las que se interactúa, como familiares, compañeros de trabajo, amigos, pareja, etc.

En este estudio nos centraremos en esta cualidad aplicada a su ámbito de trabajo; jefes, compañeros y usuarios.

La investigación es desarrollada por una estudiante de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cuyo objetivo es determinar los niveles de las dimensiones de la asertividad y los estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería de un Hospital estatal categoría II-2 de Chiclayo, 2019.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de un cuestionario y completar una ficha sociodemográfica en la cual se requerirán algunos datos personales o afines a la investigación.

Riesgos:

No se proveen riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Si lo desea se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los test realizados. Los costos de todos los test y del programa serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en la investigación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso de la información:

La información será utilizada únicamente en este estudio y siguiendo los objetivos. Una vez procesada la información, esta será eliminada.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en la investigación, puede retirarse de esta en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al responsable de la investigación, o llamar a la estudiante: Anays Guevara Peña al tel. 976215712.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 606200.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en esta investigación, comprendo en que consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigadora

Nombre: Anays Guevara Peña

DNI: 71403184

Anexo D

Ficha Sociodemográfica

A continuación, se le presenta un número de preguntas relacionadas a la investigación. Responda según lo que se le solicite y/o marque con una X la opción que corresponda a Usted.

Código: _____

1. Edad: _____
2. Sexo: F _____ M _____
3. Estado civil: _____
4. ¿Tiene hijos? _____ Sí _____ No
5. N° de hijos: _____
6. Lugar donde vive:

_____ Residencial
_____ Urbanización
_____ Pueblo Joven

_____ Barrio
_____ Asentamiento Humano
7. ¿Cuál es la modalidad de contrato por la que labora en el Hospital?

_____ Nombrado
_____ CAS
8. ¿En qué servicio del Hospital labora?
9. ¿En qué departamento médico del Hospital labora?

_____ Consulta Externa y Hospitalización
_____ Medicina

_____ Cirugía
_____ Pediatría
_____ Gineco-obstetricia

_____ Oncología
_____ Odontología
_____ Enfermería

_____ Emergencia y Cuidados Críticos
_____ Anestesiología y Centro Quirúrgico

_____ Patología y Lab. Clínico
_____ Diagnóstico por Imágenes

_____ Apoyo al Tratamiento
10. ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en este Hospital? _____
11. ¿Cuánto tiempo viene realizando labores en este Hospital? _____
12. ¿Cuántas horas trabaja en este Hospital? _____
13. ¿En qué turno trabaja en este Hospital?

_____ Mañana
_____ Tarde
_____ Noche

Anexo E**ADCA-1****Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales en general**

A continuación, verá algunas afirmaciones sobre cómo piensan, sienten o actúan las personas.

Lee con atención y cuidado cada una de ellas.

En cada frase, señale con una “X” la columna que mejor indica tu forma de reacción en cada situación.

CN = Nunca o casi nunca

AV = A veces

AM = A menudo

CS = Siempre o casi siempre

	CN (4)	AV (3)	AM (2)	CS (1)
1. Cuando alguien dice algo con lo que no estoy de acuerdo, me pone nervioso/a tener que exponer mi propia posición.				
2. Cuando estoy enfadado/a, me molesta que los demás se den cuenta.				
3. Cuando hago algo que creo que no les gusta a los demás, siento miedo o vergüenza de lo que puedan pensar de mí.				
4. Me disgusta que los demás me vean cuando estoy nervioso/a.				
5. Cuando me equivoco, me cuesta reconocerlo ante los demás.				
6. Si se me olvida algo, me enfado conmigo mismo/a.				
7. Me enfado, si no consigo hacer las cosas perfectamente.				
8. Me siento mal cuando tengo que cambiar de opinión.				
9. Me pongo nervioso/a cuando quiero elogiar a alguien.				
10. Cuando me preguntan algo que desconozco, procuro justificar mi ignorancia.				
11. Cuando estoy triste, me disgusta que los demás se den cuenta.				
12. Me siento mal conmigo mismo/a si no entiendo algo que me están explicando.				
13. Me cuesta trabajo aceptar las críticas que me hacen, aunque comprenda que son justas.				
14. Cuando me critican sin razón, me pone nervioso/a tener que defenderme.				
15. Cuando creo haber cometido un error, busco excusas que me justifiquen.				

16. Cuando descubro que no sé algo, me siento mal conmigo mismo/a.				
17. Me cuesta hacer preguntas.				
18. Me cuesta pedir favores.				
19. Me cuesta decir que NO, cuando me piden que haga algo que yo no deseo hacer.				
20. Cuando me hacen elogios, me pongo nervioso/a y no sé qué hacer o decir.				
21. Me molesta que no entiendan cuando explico algo.				
22. Me irrita mucho que me lleven la contraria.				
23. Me molesta que los demás no comprendan mis razones o mis sentimientos.				
24. Me enfado cuando veo que la gente cambia de opinión.				
25. Me molesta que me pidan ciertas cosas, aunque lo hagan con educación.				
26. Me molesta que me hagan preguntas.				
27. Me desagrada comprobar que la gente no se esfuerce demasiado en hacer su trabajo lo mejor posible.				
28. Me altero cuando compruebo la ignorancia de algunas personas.				
29. Me siento mal cuando compruebo que una persona que aprecio toma una decisión equivocada.				
30. Me altero cuando veo a alguien comportándose de manera indebida.				
31. Me disgusta que me critiquen.				
32. Siento malestar hacia la persona que me niega algo razonable, que le pido de buenas maneras.				
33. Me altera ver a personas que no controlan sus sentimientos: lloran, dar gritos, se muestran excesivamente contentas.				
34. Me desagrada que no se dé a las cosas la importancia que tienen.				
35. Me molesta que alguien no acepte una crítica justa				

Auto-asertividad
Hetero-asertividad

P. Directa

P. Centil

Fuente: García y Magaz (como se citó en Berrios & Carbone, 2016)

Anexo F**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA - ESCUELA DE PSICOLOGÍA****CONSTANCIA**

Otorgado a:

GUEVARA PEÑA, VICENTA ANAYS

Por haber sometido el Informe de Tesis: “Asertividad y estilos cognitivos de interacción social en el personal técnico en enfermería de un Hospital estatal categoría II-2 Chiclayo, setiembre – diciembre 2019” de la Escuela de Psicología – Facultad de Medicina, al proceso de valoración de redacción con integridad en internet, a través del software antiplagio Turnitin.

La valoración alcanzada fue de 24%; porcentaje de similitud menor a 30%, propuesto en los lineamientos en investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Se expide el presente documento a solicitud de la interesada para los fines que considere pertinente.

Chiclayo, 26 de noviembre, 2019

Dra. Marilia Sibebe Cortez Vidal
Apoyo a Coordinación de Tesis

Informe de Tesis para Turnitin

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE
INTERNET

2%

PUBLICACIONES

15%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

7%

2

creativecommons.org

Fuente de Internet

4%

3

tesis.usat.edu.pe

Fuente de Internet

2%

4

gac.com.es

Fuente de Internet

2%

5

tesis.pucp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

**Submitted to Universidad Internacional de la
Rioja**

Trabajo del estudiante

1%

7

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

8

www.medigraphic.com

Fuente de Internet

1%